

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GIOVANA LUIZA MAROCHI

O SOFRIMENTO PSÍQUICO SUBJACENTE A MULHERES COM
ANOREXIA

Curitiba

2015

Giovana Luiza Marochi

O SOFRIMENTO PSÍQUICO SUBJACENTE A MULHERES COM ANOREXIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Filomena Cremasco.

Curitiba

2015

Catálogo na publicação
Vivian Castro Ockner – CRB 9ª/1697
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Marochi, Giovana Luiza
O sofrimento psíquico subjacente a mulheres com anorexia./
Giovana Luiza Marochi. – Curitiba, 2015.
109 f.

Orientadora: Profª Drª Maria Virginia Filomena Cremasco
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Setor de Ciências
Humanas, Letras e Artes,
Universidade Federal do Paraná

1. Psicologia – transtornos alimentares – anorexia.
2. Distúrbios alimentares – anorexia – aspectos psicológicos. 3.
Bulimia – anorexia – mulheres. I. Título.

CDD 616.852



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas.
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
PSICOLOGIA


S

Giovana Luiza Marochi

"O SOFRIMENTO PSÍQUICO SUBJACENTE A MULHERES COM ANOREXIA"

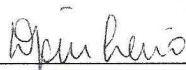
Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas da UFPR — Universidade Federal do Paraná, e aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora abaixo assinada.



Prof.ª Dr.ª Maria Virgínia Filomena Cremasco
Universidade Federal do Paraná
Professora orientadora



Prof.ª Dr.ª Tatiana Carvalho Assadi
Universidade de São Paulo
Professora titular



Prof.ª Dr.ª Débora Patrícia Nemer Pinheiro
Universidade Positivo do Paraná
Professora titular

Curitiba, 15 de junho de 2015

AGRADECIMENTOS

A CAPES, pelo auxílio bolsa, que foi fundamental para a realização desta pesquisa.

À Professora Doutora Maria Virginia Filomena Cremasco, minha orientadora, pela aposta no meu trabalho, pela leitura sempre atenciosa de meus escritos, pelo constante estímulo a me jogar nas minhas produções e por ter contribuído significativamente para que a realização desta pesquisa tenha sido tão prazerosa quanto foi.

Às Professoras Ana Cecilia Magtaz e Débora Patrícia Nemer Pinheiro, pelas ricas contribuições em meu exame de qualificação.

A Beatriz São Thiago e Camila Chudek, pela interlocução profícua em nosso grupo de pesquisa.

Aos colegas de profissão, pelas discussões sobre os desafios da nossa prática.

A Ravel e Charles, pela companhia constante durante o processo de escrita.

A “Patrícia”, “Kelly” e “Tatiana”, pela oportunidade de escutá-las.

RESUMO

Esta pesquisa visa compreender o sofrimento psíquico subjacente a mulheres com anorexia a partir da abordagem teórico-metodológica psicanalítica. Nossa hipótese é a de que o sofrimento que subjaz no psiquismo da anoréxica é a melancolia, uma neurose narcísica caracterizada pelo conflito entre ego e superego. Para verificação da hipótese, realizamos uma ampla revisão bibliográfica, bem como quatro entrevistas com três mulheres que apresentaram anorexia em sua adolescência. A revisão de literatura se iniciou com a compreensão de como se dá a constituição psíquica do sujeito social a partir da fase oral. Em seguida, partiu para a averiguação da relação entre a melancolia e as vicissitudes da oralidade. Posteriormente, vimos qual a relação entre a anorexia e a melancolia, por que a anorexia tende a se manifestar em mulheres na adolescência e o que faz com que as anoréxicas cheguem ao ponto de darem-se a morrer. Finalmente, averiguamos como e se é possível uma intervenção psicanalítica eficaz com pacientes anoréxicas. A revisão de literatura corroborou nossa hipótese de que a melancolia pode ser o sofrimento que subjaz no psiquismo da anoréxica e encontramos indícios nos relatos das entrevistadas que indicam que duas delas apresentam um padecimento melancólico, embora uma não. Concluimos, assim, que há diferentes anorexias, e que diante da singularidade de cada caso e do conflito psíquico por eles apresentado, diferentes direções de tratamento se revelam como mais eficazes na abordagem psicanalítica diante dessa problemática.

Palavras-chave: psicanálise, anorexia, mulher, melancolia, morrer.

ABSTRACT

This research aims to comprehend the psychological suffering underlying in women with anorexia through psychoanalytical theoretic-methodologic approach. Our hypothesis is that the suffering that underlies in the psyche of anorexic women is melancholia, a narcissistic neurosis characterized by being a conflict between ego and superego. In order to verify the presented hypothesis we conducted a wide literature review, as well as four interviews with three women that had anorexia in their adolescence. The literature review started with the comprehension on how the psychic constitution of social subjects becomes possible through the oral phase. Then, it investigated the connection between melancholia and the vicissitudes of the orality, the reason why anorexia tends to be manifested by women in their adolescence and what makes anorexics give themselves to death. Finally, we verified how and if an effective psychoanalytical intervention is possible with anorexic patients. The literature review corroborated our hypothesis that melancholia may be the psychological suffering that underlies in women with anorexia and we found evidence in the reports of the women who were interviewed that two of them present a melancholic suffering, while another one doesn't. Therefore, we concluded that there are different kinds of anorexia and that based on the uniqueness of each case, as well as on the conflict that each patient presents, different treatment directions reveal to be more effective when treating psychoanalytically patients with anorexia.

Key words: psychoanalysis, anorexia, women, melancholia, die.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	MÉTODO	12
2.1	DELINEAMENTO	12
2.2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.3	COLETA DE DADOS	13
2.3.1	Entrevista semiaberta	13
2.3.2	Participantes	14
2.4	ANÁLISE DOS DADOS	18
2.5	RESULTADOS	18
3.	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	A ORALIDADE: A ORIGEM DO SUJEITO SOCIAL	19
3.1.1	Introjeção das pulsões X incorporação do objeto	20
3.1.2	Entre o Não-eu, o Eu e o Outro: do autoerotismo à relação objetal	24
3.1.3	Do masoquismo erógeno à fusão entre pulsões de vida e pulsões de morte	31
3.1.4	Quando há o fracasso do masoquismo erógeno e o comprometimento na inscrição do autoerotismo: a primazia do Ego Ideal	34
3.1.5	Quando o Ego incorpora o Objeto: a melancolia	37
3.2	A ANOREXIA	39
3.2.1	Anorexia: “uma neurose paralela à melancolia”	39
3.2.2	Os impasses da passagem de menina a mulher	44
3.2.3	Dar-se a morrer ou se fazer existir?	53
3.3	ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA ANOREXIA: UM TRATAMENTO POSSÍVEL?	57
3.3.1	O tratamento psicanalítico	58
3.3.1.1	<i>A transferência</i>	60
3.3.1.2	<i>A contratransferência</i>	63
3.3.1.3	<i>A resistência ao tratamento</i>	64
3.3.2	A abordagem psicanalítica da anorexia	68
3.3.2.1	<i>As condições para que o trabalho se faça possível</i>	69
3.3.2.1.1	<u>O contrato</u>	69
3.3.2.1.2	<u>O divã</u>	70
3.3.2.1.3	<u>A interpretação</u>	71
3.3.2.2	<i>Um trabalho de refusão pulsional e de reconstrução do autoerotismo</i>	72
3.3.2.3	<i>A transferência com pacientes anoréxicas</i>	75
3.3.2.4	<i>A contratransferência com pacientes anoréxicas</i>	79
4.	ANÁLISE DOS DADOS	81
4.1	TABELAS DE UNIDADES DE SIGNIFICADOS	81
4.1.1	Patrícia	81
4.1.2	Kelly	85
4.1.3	Tatiana	88

4.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	92
4.2.1	Patrícia	92
4.2.2	Kelly	94
4.2.3	Tatiana	95
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
6.	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo compreender o sofrimento psíquico subjacente a mulheres com anorexia a partir da abordagem teórico-metodológica psicanalítica. Ela está inserida num amplo projeto guarda-chuva intitulado “O sofrimento das mulheres com problemas alimentares”, aprovado, em junho de 2012, pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná¹.

A relevância deste estudo se justifica pelas seguintes constatações: 1) Tem-se recebido, com uma frequência cada vez maior nos consultórios de psicólogos e psicanalistas, meninas e jovens mulheres que apresentam anorexia; 2) Existe, na atualidade, uma grande quantidade de *blogs* e *websites* voltados para a anorexia – a qual é denominada, pelos frequentadores, de “Ana”. A participação nesses espaços é majoritariamente feminina e neles elas trocam experiências, fotos, dietas; constroem diários confessionais e até promovem práticas de vigilância alimentar e concursos de privação; 3) Segundo Bucarechi (2003, p. 33), “os transtornos alimentares incidem na população numa proporção de nove mulheres para cada homem”; e 4) De acordo com Cordás, numa entrevista concedida a Drauzio Varella em 2011, “o índice de mortalidade por anorexia nervosa atinge entre 15% e 20% dos casos”.

Juntamente a essas constatações, observamos que essas meninas e mulheres chegam aos consultórios de psicólogos e psicanalistas por encaminhamento médico ou demanda dos pais, e não por demanda própria. A demanda apresentada por elas tende a ser unicamente a de que sua forma de vida seja respeitada, o que nos coloca diante de um desafio muito grande frente a essa problemática. A forma através da qual elas se apresentam tende a ser desprovida de qualquer abertura para uma relação e provida de uma voracidade por serem aceitas em sua magreza, a qual, nos *blogs* e *websites*, é referida como sendo representativa de beleza, controle, sucesso e perfeição. No entanto, a crença de que a perfeição é possível e a busca por tentar atingi-la acabam levando ao falecimento de um número significativo dessas jovens. Elas parecem não se contentar com a aquisição de um

¹ Sob registro CAAE 03432912.3.0000.0102

corpo formado de pele e osso e insistem em buscar um padrão de perfeição que pode acabar levando-as à desapareição.

O índice de mortalidade por anorexia nervosa revela a gravidade desse transtorno alimentar e, assim, a importância da produção de conhecimento que contribua para a prevenção da morte dessas meninas/mulheres. Além disso, o fato de que 90% dos casos de anorexia se dê em mulheres indica a relevância de se compreender, para além dos componentes sociais associados às exigências estéticas femininas, a especificidade do funcionamento psíquico feminino que contribui para tanto. Assim sendo, a pergunta que norteará o presente trabalho é: Qual é o sofrimento que subjaz no psiquismo das mulheres com anorexia?

Essa questão se apresenta como tamanho enigma para nós que, além de dar origem à presente pesquisa, levou à submissão de um artigo científico denominado “Da falha na inscrição do autoerotismo aos impasses da passagem de menina a mulher na anorexia: entre morrer e existir”, bem como a apresentações orais em eventos acadêmicos e congressos, as quais resultaram em ricas considerações que foram incorporadas na discussão deste trabalho.

Toda essa trajetória nos levou a concordar com a hipótese defendida por Ana Cecília Magtaz (2008) em sua tese de doutorado intitulada *Distúrbios da oralidade na melancolia*, na qual ela defende que a anorexia é um distúrbio da oralidade que corresponde a uma manifestação sintomática da melancolia, uma neurose narcísica caracterizada pelo conflito entre ego e superego.

A verificação da hipótese apresentada será realizada a partir de uma ampla revisão bibliográfica que terá os textos de Freud como fonte primária, bem como da análise de entrevistas com mulheres que apresentaram anorexia.

O primeiro capítulo da revisão de literatura, denominado “A oralidade: a origem do sujeito social”, visará compreender como se dá a constituição psíquica do sujeito social a partir da primeira fase do desenvolvimento sexual, ou seja, a fase oral, e qual é a relação existente entre a melancolia e as vicissitudes da oralidade.

No segundo capítulo, “A anorexia”, partiremos da relação entre a anorexia e a melancolia, veremos por que a anorexia tende a se manifestar no campo do feminino durante a adolescência e averiguaremos quais são os impasses da

passagem de menina a mulher que ela revela. Finalmente, buscaremos compreender por que as anoréxicas chegam ao ponto de darem-se a morrer.

O último capítulo da revisão de literatura, “Abordagem psicanalítica da anorexia: um tratamento possível?”, se iniciará com uma breve descrição do tratamento psicanalítico e partirá para a averiguação de como e se é possível uma intervenção psicanalítica eficaz com pacientes anoréxicas.

A pesquisa de campo seria inicialmente realizada por intermédio de atendimentos clínicos, o que se mostrou inviável diante da falta de demanda e mesmo de recusa das jovens a serem atendidas, fato que mereceu especial atenção nessa pesquisa, pois revelou que a recusa a se alimentar aparece também como recusa a se tratar e a se alimentar de um encontro. As voluntárias revelaram que seria possível apenas um pequeno acesso ao seu sofrimento ao proporem unicamente dar entrevistas para me ajudar, para contribuírem com meu trabalho. Assim sendo, desde o início apareceu uma impossibilidade de efetivamente acessar as moças anoréxicas, o que acabou por revelar algo importante sobre o sofrimento dessas mulheres, ou seja, um fechamento narcísico exacerbado. Portanto, a situação de entrevista e não de atendimento se revelou, nesta pesquisa, como o método possível de acesso ao *pathos* da anoréxica. A partir disso, foram realizadas quatro entrevistas com cada voluntária. Os dados foram analisados por intermédio de unidades de significado sob o viés da teoria psicanalítica.

De qualquer forma, por estar inserida no projeto guarda-chuva que visa compreender o sofrimento psíquico de mulheres com problemas alimentares em geral, pude realizar atendimentos clínicos com mulheres obesas que, em contrapartida, não só apresentaram demanda por atendimentos como se revelaram famintas de alguém que as escutasse, o que foi importante para me ajudar a refletir sobre a especificidade das anoréxicas em se recusarem a abrirem-se para uma relação.

O presente estudo poderá ter especial interesse de psicólogos e psicanalistas, bem como de outros profissionais da área da saúde como nutricionistas e médicos psiquiatras e endocrinologistas. Acredita-se que psicólogos, psicanalistas e psiquiatras possam vir a fazer uso deste estudo, avaliando sua pertinência para melhor compreensão da manifestação da anorexia em mulheres e

para a condução de sua prática. É possível ainda que outros profissionais da área da saúde possam, além de melhor compreender teoricamente a manifestação da anorexia no campo do feminino, avaliar a importância da intervenção de um profissional de saúde mental quando se depararem com essa problemática em suas áreas de atuação.

2. MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO

Esta pesquisa estava inserida num amplo projeto guarda-chuva intitulado “O sofrimento das mulheres com problemas alimentares”, aprovado, em junho de 2012, pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

O grupo de pesquisa era inicialmente formado por cinco pesquisadoras e pela professora Doutora Maria Virginia Filomena Cremasco. No entanto, com o decorrer do tempo, houve desistência por parte de duas pesquisadoras, permanecendo no grupo eu e duas colegas, além da professora.

As pesquisadoras realizaram entrevistas e atendimentos clínicos de voluntárias com diferentes problemas alimentares e participaram, semanalmente, de supervisões em conjunto. Nessas supervisões as pesquisadoras discutiam entre si e com a professora supervisora aspectos referentes ao funcionamento psíquico dessas mulheres, bem como aspectos teóricos que poderiam auxiliar na compreensão do que era manifestado por elas.

Diante da falta de demanda e mesmo da recusa das jovens que haviam apresentado anorexia a serem atendidas, a situação de entrevista e não de atendimento se revelou, nesta pesquisa, como o método possível de acesso ao *pathos* da anoréxica. Assim, fizemos uma análise qualitativa das entrevistas realizadas com três mulheres que apresentaram anorexia.

Portanto, a presente pesquisa se deu em quatro etapas: 1) Revisão de Literatura; 2) Coleta de dados; 3) Análise dos dados e 4) Discussão dos resultados.

2.2 REVISÃO DE LITERATURA

No primeiro capítulo da revisão de literatura “A oralidade: a origem do sujeito social”, visaremos compreender como se dá a constituição psíquica do sujeito social a partir da primeira fase do desenvolvimento sexual, ou seja, a fase oral, bem como tentar entender qual é a relação entre a melancolia e as vicissitudes da oralidade. Para a realização desse capítulo, nos basearemos nas obras de Freud, Alonso, Fédida, Fernandes, Karl Abraham, Nicolas Abraham e Maria Torok e Rosenberg.

No segundo capítulo, “A anorexia”, partiremos da relação entre a anorexia e a melancolia, veremos por que a anorexia tende a se manifestar na adolescência, averiguaremos quais são os impasses da passagem de menina a mulher que ela revela e buscaremos compreender por que as anoréxicas chegam ao ponto de darem-se a morrer. Nesse capítulo nos basearemos em Freud, André, Bidaud, Brusset, Camargo, Dolto, Fernandes, Fuks, Green, Lacan, Lippe, Magtaz, Mc'Dougall e Nasio,

Finalmente, no terceiro capítulo, “Abordagem psicanalítica da anorexia: um tratamento possível?”, iniciaremos uma breve descrição do tratamento psicanalítico a partir de Freud e Nasio e partiremos para a averiguação de como e se é possível uma intervenção psicanalítica eficaz com pacientes anoréxicas com base em Freud, Bruch, Brusset, Cobelo, Gonzaga e Weinberg; Deutsch, Fédida, Fernandes, Fuks, Gurfinkel, Holcberg, Jeammet, Nasio e Scazufca e Berlinck.

2.3 COLETA DE DADOS

2.3.1 Entrevista semiaberta

O procedimento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiaberta. As etapas realizadas foram as seguintes:

- a) Explicação dos objetivos da pesquisa enfatizando o compromisso de sigilo.
- b) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

c) Transcrição das entrevistas, omitindo dados que pudessem favorecer a identificação das participantes.

d) Ao final das entrevistas, foi perguntado às voluntárias se elas gostariam de ter atendimento psicológico.

Questões norteadoras para coleta de dados na entrevista com as participantes:

Dados de identificação:

Formação/Escolaridade:

Profissão:

Idade:

País de origem:

Estado Civil:

1. Em que momento da sua vida o seu peso corporal foi identificado por você como um problema?

2. Como você lidou com esse problema e como é estar nessa condição atualmente?

3. Como é sua vida profissional?

4. Como é sua vida afetiva (namoro, casamento, família)?

5. Quais são suas principais relações afetivas e como se apresentam?

2.3.2 Participantes

Mulheres acima de 18 anos que apresentaram anorexia e que se voluntariaram a participar da pesquisa.

Para angariar voluntárias, as pesquisadoras do projeto guarda-chuva intitulado “O sofrimento das mulheres com problemas alimentares” realizaram a divulgação da pesquisa através de cartazes colocados no Departamento de Psicologia da UFPR, no Hospital de Clínicas da UFPR, e postados em redes sociais na internet. O cartaz de divulgação foi o seguinte:



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia



Laboratório de Psicopatologia
Fundamental

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Oferecemos atendimentos psicológicos para mulheres, acima de 18 anos, com queixa ou histórico de problemas alimentares (obesidade, anorexia, bulimia, compulsão alimentar, etc.) que queiram ser voluntárias na pesquisa intitulada "O sofrimento das mulheres com problemas alimentares". Serão realizadas também entrevistas clínicas.

As voluntárias receberão atendimento psicológico individual gratuito se desejarem.

Os dados pessoais serão mantidos em sigilo do conhecimento público para a proteção de sua individualidade e privacidade.

Inscrições e mais informações:

Centro de Psicologia Aplicada da UFPR
Praça Santos Andrade, 50 – 1º andar – Curitiba/PR
Telefone: (41) 3310-2614
E-mail: centrodepsicologia@ufpr.br

Após a divulgação, 35 voluntárias entraram em contato com as pesquisadoras. Destas, 22 apresentaram queixa de compulsão alimentar e/ou obesidade, 2 apresentaram queixa de bulimia, 3 apresentaram queixa de anorexia, 1 apresentou queixa de anorexia e bulimia e 7 não especificaram a queixa.

Como a maior parte das voluntárias apresentou queixa de compulsão alimentar e/ou obesidade, as pesquisadoras propuseram a criação de um grupo terapêutico para que a demanda de todas pudesse ser atendida. A proposta foi aceita e o grupo teve início em maio de 2013 e permaneceu até o final do mesmo ano. O grupo foi coordenado pela Professora Doutora Maria Virginia Filomena Cremasco e acompanhado por duas pesquisadoras: eu e uma colega. No início, ele era de frequência quinzenal, mas, a partir do final de setembro de 2013, tornou-se semanal. A mudança foi proposta por uma das pesquisadoras após a percepção da dificuldade de formação do grupo enquanto tal, pois havia muitas ausências. A partir de então, as integrantes do grupo foram mais assíduas. Houve uma tentativa de retomada do trabalho com o grupo no início de 2014, mas as integrantes não voltaram a aderir a ele. Entramos em contato com cada uma delas para oferecer

atendimento psicológico individual àquelas que o desejassem. Algumas manifestaram desejo de serem atendidas e permanecem em atendimento até os dias atuais; outras manifestaram o mesmo desejo, mas interromperam o trabalho depois de algum tempo e outras não se manifestaram.

Consegui realizar entrevistas com três mulheres que apresentaram anorexia: Patrícia, Kelly e Tatiana, pois no que se refere às voluntárias com queixa desse problema alimentar, além de o número de voluntárias ter sido muito pequeno, as tentativas de contato foram, em sua maioria, fracassadas. Após contato realizado por telefone, duas voluntárias disseram que retornariam a ligação, mas nunca o fizeram, outra apresentou empecilhos diante das tentativas da pesquisadora de encontrar um horário para a realização das entrevistas, e uma última foi entrevistada por outra das pesquisadoras do projeto. Por intermédio dessa “voluntária”, chamada por mim de Patrícia, consegui um contato para realizar entrevistas com Kelly. Tatiana chegou até mim por intermédio de uma colega de trabalho. Esta colega é prima de Tatiana. Minha colega soube da realização da pesquisa, sabia que a prima havia tido anorexia e perguntou a ela se ela poderia contribuir com o meu trabalho. Tatiana aceitou a sugestão.

Após divulgarmos a pesquisa, Patrícia entrou em contato com uma das pesquisadoras e marcou uma entrevista. A princípio, essa pesquisadora, assim como todas as outras, pensou que Patrícia queria participar da pesquisa como sujeito a ser entrevistado. No entanto, o que se apresentou foi algo bem diferente. Em sua entrevista, Patrícia falou que o que havia entendido do cartaz de divulgação é que buscávamos sujeitos para serem entrevistados, mas que, embora tivesse apresentado anorexia por um longo período, o que ela efetivamente estava buscando era participar da pesquisa como pesquisadora, pois é estudante de nutrição. A pesquisadora que a entrevistou havia recentemente iniciado um grupo de trabalho multidisciplinar voltado para problemas alimentares fora do âmbito da universidade (grupo do qual também eu faço parte) e a convidou para fazer parte de tal grupo. O convite foi aceito por Patrícia. Ela conseguiu, aproximando-se de uma das pesquisadoras por um meio transgressivo, obter o que almejava.

Após alguns meses, diante da minha dificuldade de encontrar meninas e/ou mulheres que apresentassem anorexia no presente, ou que a tivessem apresentado no passado, e que se disponibilizassem a ser entrevistadas, perguntei a Patrícia se

ela poderia contribuir com o meu trabalho e ser entrevistada por mim. Ela aceitou e marcamos um horário. É relevante atentar para o fato de que ela referia-se a si própria através de um apelido masculino (que lhe foi dado pelo pai na infância), pedia às pessoas que a chamassem por tal apelido e reagia ríspidamente quando alguém não atendia ao seu pedido e a chamava de Patrícia. Além disso, Patrícia tem uma página na internet na qual posta frases declarando que as mulheres não têm que ser magras, e que seus corpos não são mercadorias. É importante, também, mencionar o fato de que ela está em psicoterapia há três anos, o que, a meu ver, contribuiu para que nas entrevistas ela apresentasse um relato racionalmente muito bem construído e sem margens para demonstração de qualquer tipo de dor e sofrimento. Patrícia tem vinte e seis anos e mora com seus pais e sua irmã mais velha.

Kelly entrou em contato comigo via *e-mail* depois que Patrícia (sua colega de faculdade) perguntou a ela se ela estaria disposta a participar da pesquisa. No *e-mail* que me enviou, Kelly escreve que nunca fora diagnosticada com qualquer transtorno alimentar, mas que teve comportamentos (como jejuns prolongados, ingestão de laxantes e diuréticos, tentativas de vômitos e obtenção de peso mínimo recomendável para sua altura) que poderiam levar a tal diagnóstico. Marcamos uma primeira entrevista, ela se dispôs a ir a outras três e assim o fez. Kelly tem vinte e três anos. Morava com seus pais numa cidade do interior de Santa Catarina até três anos atrás, mas depois se mudou para Curitiba, onde mora com o irmão mais velho.

No que se refere à Tatiana, seu telefone me foi passado por sua prima (minha colega de trabalho). Entrei em contato com ela e agendamos as entrevistas. Ela foi muito solícita e dócil nos quatro encontros que tivemos. Tatiana tem 19 anos, acabou de ingressar na universidade, namora um garoto de sua idade, é a filha mais nova (tem uma irmã cinco anos mais velha e um irmão três anos mais velho) e mora com sua mãe e a companheira desta.

Para Patrícia não foi oferecido tratamento psicológico, pois ela já se encontrava em tratamento com outro profissional. Para Kelly e Tatiana o tratamento foi oferecido, mas ambas o recusaram. A justificativa de ambas foi a mesma: voluntariaram-se para as entrevistas com o objetivo de contribuir com a minha pesquisa.

Paralelamente às entrevistas realizadas com Patrícia, Kelly e Tatiana, realizei atendimentos de pacientes com outros problemas alimentares, o que contribuiu para a aquisição de uma escuta atenciosa para esses sofrimentos e para evidenciar o quanto eles estão relacionados com a oralidade.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para este estudo foram avaliados os conteúdos das entrevistas, buscando identificar os conteúdos significativos das falas dos sujeitos entrevistados. O método foi baseado na redução em unidades significativas, seguindo quatro passos (GIORGI, 1985): 1) leitura de todos os dados colhidos para apreender o sentido geral; 2) discriminação das unidades de significado com foco no fenômeno pesquisado; 3) agrupamento por temas como categorias abertas; 4) realização da descrição das categorias e *insights* contidos nas unidades de significado sintetizadas no terceiro passo.

A delimitação dos fatores mais frequentes e preponderantes foi identificada a partir da análise qualitativa.

2.5 RESULTADOS

Para fins de verificação da hipótese apresentada, foi feita a articulação da pesquisa bibliográfica com os dados colhidos nas entrevistas na discussão dos resultados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Iniciaremos nossa investigação teórica com a compreensão de como se dá a constituição psíquica do sujeito social a partir da oralidade. Optamos por esse caminho, pois o fechamento da própria boca apresentado pelas anoréxicas nos levou a questionar qual seria a relação entre esse comportamento e as vicissitudes da primeira fase do desenvolvimento libidinal, ou seja, a fase oral.

3.1 A ORALIDADE: A ORIGEM DO SUJEITO SOCIAL

No texto “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud (1905) aponta a fase oral como sendo a primeira fase do desenvolvimento libidinal do indivíduo. Além disso, em “Totem e Tabu” (1913) defende que o início da organização social, das restrições morais e da religião se deu graças à “refeição” totêmica. Assim, para o sujeito social, tudo começa na oralidade.

No texto “Totem e Tabu”, referindo-se às civilizações primitivas, Freud (1913) afirma que a ingestão do animal totêmico por membros de um clã originou o sentimento de culpa e, assim, possibilitou a passagem do natural ao humano.

Nesse texto, Freud (1913) aponta que há uma grande semelhança entre as relações das crianças e dos homens primitivos com os animais e, com base nos estudos de Darwin, coloca que o homem primevo pode ter se comportado como o gorila, que era chefe da comunidade, detentor de todas as fêmeas, e que matava ou expulsava da comunidade um macho novo que crescia. A partir da análise de estudos antropológicos, ele descreve como a origem do sentimento de culpa se deu:

Certo dia, os irmãos que tinham sido expulsos retornaram juntos, mataram e devoraram o pai, colocando assim um fim à horda patriarcal. Unidos, tiveram a coragem de fazê-lo e foram bem sucedidos no que lhes teria sido impossível fazer individualmente. Selvagens canibais como eram, não é preciso dizer que não apenas matavam, mas também devoravam a vítima. O violento pai primevo fora sem dúvida o temido e invejado modelo de cada grupo de irmãos: e, pelo ato de devorá-lo, realizavam a identificação com ele, cada um adquirindo parte de sua força. (FREUD, 1913, p. 170)

Para Freud, o animal totêmico era, na realidade, um substituto do pai. Seus filhos possuíam por ele sentimentos ambivalentes (temor e inveja) e, a partir do ato de devorá-lo, com ele se identificavam e adquiriam parte de sua força. Então, como não só o odiavam, mas também o amavam e o admiravam, após o assassinato do pai e a apropriação de sua carne, a culpa se inscreveu no psiquismo de seus filhos. A lei que era por ele encarnada foi apropriada pela prole, passou a legislar sobre a exteriorização da agressividade e sobre a busca de satisfação e de poder mediando as relações, tornando possível, dessa forma, a origem da organização social.

A devoração do pai, a partir do ato de canibalismo movido pela ambivalência, implicava, ao mesmo tempo, destruí-lo e apropriar-se dele; destruí-lo para mantê-lo vivo dentro de si.

A psicanálise apropriou-se da noção de canibalismo e fez da incorporação um de seus conceitos.

Vejamos se a oralidade e a incorporação do objeto, com consequente legislação sobre a exteriorização da agressividade e sobre a busca de satisfação, estão relacionadas com o que futuramente pode vir a se manifestar como melancolia, a qual é aqui considerada como o sofrimento psíquico que subjaz na anorexia.

3.1.1 Introjeção das pulsões X incorporação do objeto

Desde Freud sabemos que a alimentação, no início da vida, engaja o corpo e o outro. É o outro materno que, a partir da oferta do seio e do alimento, faz da boca do bebê uma zona erógena e inscreve nela a pulsionalidade. Baseado nesse ponto da teoria freudiana, Karl Abraham (1924) divide essa pulsionalidade primeira, representada pela libido oral, em duas fases. Em seu texto “Breves Estudos do Desenvolvimento da Libido visto à Luz das Perturbações Mentais”, ele subdivide a fase oral da libido em nível primário (ou fase arcaica) e nível secundário (fase oral canibalesca). Para Abraham, no nível primário da fase oral, a libido da criança está ligada ao ato de sugar e ainda não há uma diferenciação entre ego e objeto externo, pois ainda não há um ego constituído. Sendo assim, ainda não há nenhuma manifestação de ambivalência. Sobre o nível primário da fase oral, ele escreve:

No nível primário daquela fase, a libido da criança está ligada ao ato de sugar. Este ato é de incorporação, mas ele não dá fim à existência do objeto. A criança ainda não é capaz de distinguir entre o seu próprio eu e o objeto externo. Ego e objeto são conceitos incompatíveis com aquele nível de desenvolvimento. Ainda não existe uma diferenciação entre a criança que mama e o seio que amamenta. Além disso, a criança não possui ainda sentimentos de ódio nem de amor. Seu estado mental acha-se consequentemente livre, neste estágio, de toda manifestação de ambivalência. (ABRAHAM, 1924, p.111)

Já o nível secundário difere do primeiro pelo fato de a criança trocar sua atividade de sugar pela de morder. Sobre ele Abraham aponta o seguinte:

No estágio de morder da fase oral, o indivíduo incorpora o objeto em si próprio e, assim, o destrói. Basta observar as crianças para ver-se quão intenso é o seu impulso a morder – um impulso em que o instinto de comer e a libido ainda cooperam. Este é o estágio no qual predominam os impulsos canibalescos. Assim que uma criança é atraída por um objeto, está sujeita, fadada mesmo, a tentar sua destruição. É neste estágio que a atitude ambivalente do ego para com seu objeto começa a desenvolver-se. Podemos dizer, assim, que no desenvolvimento libidinal da criança, o segundo estágio da fase sádico-oral marca o início do seu conflito de ambivalência, enquanto que o primeiro (o de sugar) deve ser encarado ainda como pré-ambivalente. (ABRAHAM, 1924, p.112)

Dessa forma, dentro do primeiro período do desenvolvimento sexual, a fase oral, a criança tende a trocar sua atitude libidinal pré-ambivalente, que se acha livre de conflito, por outra que é preponderantemente hostil para com o objeto. Assim que uma criança é atraída por um objeto, isto é, que há um esboço de separação, de diferenciação entre ego e objeto, ela resiste à realidade da separação e tenta sua destruição. Ela reage canibalisticamente à perda da indiferenciação tentando se apropriar do objeto a partir de sua incorporação.

Em 1968 e 1972, apropriando-se da noção de introjeção apresentada por Ferenczi no texto “Transferência e Introjeção” de 1909, Abraham e Torok se aprofundarão no conceito de incorporação. Eles apresentarão a introjeção como tendo uma conotação positiva de identificação ao objeto, correspondente à introjeção das pulsões a partir da mediação deste; enquanto a incorporação negativamente apontará para uma inscrição todo-poderosa do objeto que se instaura no eu, impedindo-o de prescindir do objeto.

A partir da análise do artigo “A definição da noção da introjeção” escrito por Ferenczi em 1912, Torok (1968, p. 221) afirma que, para esse autor, a noção de introjeção comporta três pontos: “1. Extensão dos interesses autoeróticos; 2. Alargamento do Ego pela eliminação do recalçamento; 3. Inclusão do objeto no Ego e, conseqüentemente, ‘objetalização do autoerotismo’ primitivo”. Em seguida, a autora acrescenta:

A introjeção, segundo Ferenczi, reserva ao objeto um papel de mediador para o Inconsciente. Operando num vai-e-vem “entre o narcísico e o objetual”, entre o auto e o heteroerotismo, ela transforma as incitações pulsionais em desejos e fantasias de desejo e, conseqüentemente, torna-os aptos a receber um nome e cidadania e a se abrir no jogo objetual. (TOROK, 1968, p. 222)

Assim, a introjeção corresponderia a um processo que, a partir da extensão dos interesses autoeróticos e do alargamento do ego, possibilitaria a abertura para relações objetais. Segundo Torok (1968, p. 223), “Enquanto a introjeção das pulsões põe fim à dependência objetal, a incorporação do objeto cria ou reforça um liame imaginal”.

Vejamos qual é a noção de incorporação concebida por tal autora e por que ela cria e reforça a ligação imaginária ao objeto, a qual se caracteriza pela permanência num lugar capturado pelo olhar e pelo corpo materno, pela permanência numa posição alienada, “colada” à mãe.

Sobre a incorporação, Torok (1972), juntamente com Nicolas Abraham, escreve:

Incorporação é a recusa de reivindicar como nossa a parte de nós mesmos que colocamos no que perdemos; incorporação é a recusa de reconhecer toda a importância da perda, uma perda que, se reconhecida como tal, efetivamente nos transformaria. Finalmente, incorporação é a recusa de introjetar a perda. A fantasia de incorporação revela uma lacuna na psique, ela aponta para algo que está faltando onde a introjeção deveria ter ocorrido. (ABRAHAM; TOROK, 1972, p. 245)

De acordo com os autores, a incorporação corresponde à recusa de introjetar a perda que levaria a uma transformação do Eu. Ela aponta para algo que está faltando onde a introjeção não ocorreu. Assim, se pensarmos a introjeção como Ferenczi a pensou no artigo “A definição da noção da introjeção” escrito em 1912, isto é, que introjetar corresponde a uma introjeção das pulsões, então incorporar corresponde à não existência desse vaivém entre o narcísico e o objetal, entre o auto e o heteroerotismo, e por isso revela uma lacuna na psique. É como se a pulsão fosse dirigida ao objeto, mas não retornasse com o reconhecimento dele enquanto tal. Ela “vai” e, ao retornar negando a diferença, não reconhecendo a perda, interrompe o circuito impossibilitando a reivindicação da parte de si mesmo que foi colocada no que perdeu. Ou seja, o objeto precisa faltar (ou falhar) para ser percebido como tal e, assim, introjetado por intermédio do retorno da pulsão. Se essa falta (ou falha) não puder ser suportada, não se pode abrir mão do objeto-eu, que passa a ser incorporado.

Mais adiante, os autores explicam a fantasia de incorporação, a partir de um paralelo traçado com o processo de introjeção. Eles dizem que “os estados iniciais

de introjeção emergem na infância quando o vazio da boca é experimentado juntamente com a presença simultânea da mãe” (ABRAHAM; TOROK, 1972, p. 245) e acrescentam que “a transição da boca cheia de leite para a boca cheia de palavras ocorre por meio de experiências de intervenção da boca vazia. Aprender a preencher o vazio da boca com palavras é o modelo inicial da introjeção” (ABRAHAM; TOROK, 1972, p. 245-246).

Assim, a introjeção pressupõe a passagem da comida à linguagem na boca a partir da colocação bem-sucedida da alternância entre presença e ausência do objeto. Quando essa alternância não é bem-sucedida e a passagem da comida à linguagem na boca falha, resta a incorporação; parte ou todo, o objeto é absorvido na fantasia e a separação fica impossibilitada. O objeto passa a ser o depositário do que se torna obscuro, da lacuna no psiquismo correspondente ao que não pôde ser introjetado. Segundo os autores:

Porque nossa boca é incapaz de dizer certas palavras e incapaz de formular certas frases, nós fantasiamos, por razões a ainda serem determinadas, que, na verdade, nós estamos colocando em nossas bocas o inominável, o próprio objeto. [...] Ao falhar de alimentar a si própria com palavras a serem trocadas com outros, a boca absorve, na fantasia, toda ou parte da pessoa – o depositário genuíno do que é, agora, obscuro. (ABRAHAM e TOROK, 1972, p.247)

A absorção indiferenciada do objeto – ou a indiferenciação com ele – impossibilita que o bebê alimente a si próprio com palavras a serem trocadas com outros.

Com base nessas considerações, nos vemos tendo que ir em direção da averiguação do que é que impossibilita a introjeção das pulsões, leva à incorporação do objeto e, assim, impossibilita a comunicação. Qual é a gênese do recaimento do objeto sobre o eu?

Fernandes (2012) aponta que o que leva o bebê à incorporação do objeto é o fracasso da introjeção da função de para excitação materna. Segundo a autora:

[...] diante do fracasso da introjeção da função de para excitação materna, o sujeito, desprotegido perante a emergência pulsional, fica à mercê da necessidade de incorporar o objeto [...] Ora, enquanto a introjeção permitirá ao sujeito restringir a sua dependência do objeto, a incorporação do objeto,

ao contrário, cria e reforça a ligação objetal imaginária. (FERNANDES, 2012, p. 269)

Fernandes reforça a ideia apresentada por Torok (1968) de que a incorporação do objeto cria e reforça a ligação objetal imaginária enquanto a introjeção permite ao sujeito restringir sua dependência do objeto, e aponta que é a introjeção da função de para excitação materna que dá recursos para o bebê vir a futuramente estabelecer relações objetais.

Vejamos, então, a que se refere a função de para excitação a ser exercida pelo outro materno e de que forma a sua introjeção possibilita o estabelecimento de relações objetais.

Sabendo que para a real condição de estabelecimento de relações objetais há um longo percurso de desenvolvimento da libido, consideramos importante abordar também esse percurso para entendermos como a introjeção da função de para excitação possibilita percorrê-lo.

3.1.2 Entre o Não-eu, o Eu e o Outro: do autoerotismo à relação objetal

Em 1914, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud descreve três momentos do desenvolvimento da libido: autoerotismo, narcisismo e relação objetal. O autoerotismo corresponde a um funcionamento fragmentado da sexualidade, à organização libidinal pré-genital característica do narcisismo primário. O narcisismo primário ou original corresponde a um tempo no qual ainda não existe, para o bebê, distinção entre dentro e fora, entre eu e outro e no qual, portanto, ainda não há uma unidade comparável ao ego, o qual deve ser desenvolvido. O narcisismo secundário, que surge por meio da indução de catexias objetais, superposto ao narcisismo primário, corresponde à tomada do ego como objeto de amor; e o amor objetal corresponde à maturação completa do indivíduo, à condição de amar um objeto enquanto tal, com a transferência do narcisismo original para o objeto sexual. Vejamos como se dá a passagem de um momento a outro.

Em “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud (1905) aponta que as primeiras satisfações sexuais autoeróticas (como o chuchar) apoiam-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida (como a alimentação) e só depois se tornam independentes delas e acrescenta que as

peessoas envolvidas com a alimentação, cuidados e proteção do bebê serão seus primeiros objetos sexuais. Sobre isso ele escreve:

As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são vividas em conjunção com o exercício de funções vitais que servem à conservação do indivíduo. As pulsões sexuais apoiam-se, antes de tudo, na satisfação das pulsões do ego, das quais só se tornarão independentes mais tarde; mas esse apoio continua a se revelar no fato de que as pessoas envolvidas com a alimentação, com os cuidados, com a proteção da criança tornam-se seus primeiros objetos sexuais. (FREUD, 1905, p. 93)

A teorização de Freud se deu, nessa época, com base na sua primeira teoria das pulsões. O primeiro dualismo pulsional apresentado por ele referia-se a uma divisão entre pulsões do ego (ou de autoconservação) e pulsões sexuais. As pulsões do ego serviriam à manutenção da vida, enquanto que as pulsões sexuais corresponderiam à erupção da sexualidade e seriam dirigidas a objetos externos. Para exemplificar essa divisão, Freud utiliza a fome (que corresponderia à pulsão de autoconservação) e o amor (que corresponderia à pulsão sexual). Portanto, com apoio na necessidade de alimento apresentada pelo corpo biológico, surge um esboço de constituição de um corpo pulsional, erógeno, passível de ser tomado como corpo próprio e futuramente amar.

Como vimos, os primeiros objetos sexuais da criança são as pessoas envolvidas com seu cuidado, alimentação e proteção. Cabe questionarmos: como se dá a passagem do autoerotismo para a subsequente eleição de objetos sexuais?

A experiência da primeira mamada inscreve, juntamente com a saciação da fome, uma experiência de satisfação que tenderá a ser buscada novamente pelo bebê. Assim, o bebê buscará, por intermédio do comer, dos movimentos labiais ou do uso de objetos externos como a chupeta, (re)encontrar a satisfação perdida. Nessa série, pode ser incluído o chuchar. Ao referir-se a essa prática, Freud (1905) escreve:

Como traço mais destacado dessa prática sexual, salientemos que a pulsão não está dirigida para outra pessoa; satisfaz-se no próprio corpo, é autoerótica (...). Está claro, além disso, que o ato da criança que chucha é determinado pela busca de um prazer já vivenciado e agora relembrado (...) A primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno – há de tê-la familiarizado com esse prazer. (FREUD, 1905, p. 59)

Portanto, mamar no seio materno familiariza o bebê com um prazer que ele voltará a buscar e que, por intermédio do autoerotismo, poderá obter em seu próprio corpo. Então, embora Freud tenha apontado o autoerotismo como o primeiro estágio do desenvolvimento libidinal, podemos pensar, a partir do comentário relativo ao chuchar, que a possibilidade de o autoerotismo se desenvolver é dada a partir da experiência da mamada, ou seja, há algo anterior a ele. Laplanche (1987, p.72), ressaltando o fato de a vida sexual ser secundária à vida de necessidade do indivíduo, escreve: “O autoerotismo não é em absoluto o primeiro, ele sucede a outra coisa no tempo”.

Assim, o primeiro tempo do investimento libidinal é realizado pela mãe a partir da oferta do seio e dos cuidados que ela tem com o corpo do bebê. É a partir da possibilidade que a mãe tem de prescindir do bebê que ele poderá prescindir dela por intermédio da reprodução no próprio corpo do que nele foi inscrito por ela. É fundamental que, no início da vida do bebê, a mãe possa alternar sua presença e sua ausência, sendo capaz de não ser excessivamente presente nem excessivamente ausente. Como consequência dessa alternância entre presença e ausência, surgirá o autoerotismo como resposta. Essa ideia é expressa na seguinte citação de Freud (1905) no texto “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”:

Quando a primeira satisfação sexual ainda estava ligada à ingestão de alimentos, a pulsão sexual tinha, no seio materno, um objeto sexual no exterior do próprio corpo. Ela só o perdeu mais tarde; precisamente, talvez, na época em que se tornou possível à criança formar a representação global da pessoa a quem pertencia o órgão que lhe proporcionava satisfação. Via de regra, a pulsão sexual torna-se autoerótica. (FREUD, 1905, p. 99)

A pulsão autoerótica não é originária; ela pressupõe a representação global da mãe, isto é, a sua perda. O autoerotismo, por ser uma resposta à perda do objeto, seria uma tentativa de evocá-lo. O bebê só buscará, a partir da pulsão autoerótica, o que já foi inscrito em seu corpo por outrem; e a importância de tais inscrições pode ser verificada na seguinte passagem de Fernandes (2012):

A constituição do autoerotismo, enquanto segundo tempo do desenvolvimento do indivíduo, de sua relação com o mundo, supõe

originalmente a existência de um objeto maternal que assegurou a satisfação das primeiras necessidades; o autoerotismo vem apenas em resposta à perda desse objeto. O acesso ao corpo sexuado, promessa de prazer, supõe, então, a existência de um primeiro tempo no qual as necessidades básicas foram satisfeitas, única condição possível para que o bebê possa lidar com a ausência sem ver-se ameaçado de destruição. (FERNANDES, 2012, p. 218)

Nessa passagem é possível verificar a importância da existência de um objeto maternal capaz de dar conta de suas funções, pois se ele não der e assim a criança não tiver condições de reproduzir o que deveria ter sido inscrito, ela fica à mercê do excesso pulsional e pode ver-se ameaçada de destruição. Se a ausência do objeto, diante da exigência pulsional, não puder ser atenuada pela satisfação autoerótica, ela será dificilmente suportada e impossibilitará a construção de bases narcísicas estáveis.

Em 1920, Freud afirmou que, face às excitações vindas do exterior, intervém uma espécie de escudo protetor denominado por ele de para excitações. Em 1926, no texto “Inibição, sintoma a angústia”, ele escreve:

O ser da primeira infância não está de fato equipado para dominar psiquicamente as grandes quantidades de excitação que chegam do exterior ou do interior. Em uma certa época da vida, o interesse mais importante é, efetivamente, que as pessoas das quais dependemos não retirem sua terna solicitude. (FREUD, 1926, p. 261-262)

Com base nesse trecho, podemos pensar que é a solicitude de quem realiza os cuidados do ser da primeira infância que possibilita que ele tenha condições de lidar com as excitações provindas tanto do interior quanto de exterior. É a partir dessa ideia que Fernandes (2012) afirma que quem exerce a função de para excitação é a mãe. De acordo com a autora, essa função é não apenas protetora, mas também mediadora e libidinizadora; e só será parcialmente substituída pela sua introjeção – que irá assegurar, na ausência da mãe, a possibilidade de um apaziguamento através da constituição de um objeto interno capaz de garantir o enfrentamento das adversidades ao longo do crescimento.

Portanto, a princípio, a ausência da mãe coloca o bebê em situação de perigo. As quantidades de excitação provindas do interior e do exterior devem passar pelo outro maternal para que possam ser suportadas e administradas pelo

bebê. Cabe à mãe a função do gerenciamento pulsional que possibilitará ao bebê passar sem ela, que possibilitará ao bebê lidar com a força pulsional que dele emerge e não ficar à mercê dela.

Bem, consideremos que tudo se passou adequadamente no sentido de a criança ter tido condições de, a partir do autoerotismo, lidar com a ausência da mãe, seu objeto primordial. Voltemos a Freud, numa tentativa de passar ao segundo momento do desenvolvimento libidinal: o narcisismo.

No texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, de 1914, Freud aponta que o narcisismo corresponde à “libido afastada do mundo externo e dirigida ao ego” (p. 90). Nesse momento, ele ainda toma como base sua primeira teoria das pulsões, correspondente ao dualismo entre pulsões sexuais e de autoconservação (ou do ego); e nesse mesmo texto ele escreve: “Dizemos que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais – ele próprio e a mulher que cuida dele – e ao fazê-lo estamos postulando a existência de um narcisismo primário em todos [...]”. (FREUD, 1914, p. 104-105)

Nessa passagem, ele introduz o narcisismo primário, que é concebido como a tomada de si como objeto sexual e que corresponde à ilusão de onipotência do Eu, à crença de que o Eu pode bastar-se e encontrar nele mesmo sua própria satisfação. Sobre o narcisismo primário, Green (1976, p. 38) escreve: “O Eu encontra nele mesmo sua própria satisfação, se dá a ilusão de autossuficiência, se livra das vicissitudes e da dependência de um objeto eminentemente variável no que ele dá ou recusa segundo sua vontade”.

No entanto, em 1920, no texto “Além do princípio de prazer”, Freud reformula sua teoria das pulsões e aponta o ego como sendo a instância que recebe o lugar de proa entre os investimentos libidinais, pois percebeu que uma parte das pulsões conservadoras do ego era libidinal e que as pulsões sexuais operavam no ego. Nesse texto, ele escreve:

Avançando mais cautelosamente, a psicanálise observou a regularidade com que a libido é retirada do objeto e dirigida para o ego, e, pelo estudo do desenvolvimento libidinal das crianças em suas primeiras fases, chegou à conclusão de que o ego é o verdadeiro e original reservatório da libido, sendo apenas desse reservatório que ela se estende para os objetos. O ego encontrou então sua posição entre os objetos sexuais e imediatamente

recebeu o lugar de proa entre eles. A libido que assim se alojara no ego foi descrita como narcisista [...]. Assim, a oposição original entre as pulsões do ego e as pulsões sexuais mostrou-se inapropriada. (FREUD, 1920, p. 71-72)

Portanto, a partir da elaboração do conceito de narcisismo, passará a não haver mais, para Freud (1920), uma separação entre as pulsões do ego e as pulsões sexuais, mas sim uma conjunção delas. A dualidade da concepção freudiana passa a ser, a partir de então, entre pulsões de vida e pulsões de morte.

As pulsões de vida, designadas pelo termo “*Eros*”, passam a corresponder à junção entre as pulsões sexuais e as pulsões do ego e sua meta é instituir unidades, conservar. As pulsões que levam à ligação, ao investimento objetal, são denominadas pulsões de vida. Em contrapartida, as pulsões de morte passam a ser concebidas como aquelas responsáveis pelo desligamento dos objetos, que buscam reconduzir o indivíduo a um estado inorgânico, e que, portanto, se voltadas para o mundo externo, podem manifestar-se por meio da agressão, e se voltadas para o interior, podem levar à autodestruição.

Com base em sua segunda teoria das pulsões, em “O Ego e o Id”, Freud (1923, p. 39) aponta que “o ego é aquela parte do id que foi modificada pela influência direta do mundo externo” e acrescenta que “o ego procura aplicar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no id, pelo princípio de realidade”. (FREUD, 1923, p. 39)

O ego seria, então, a instância que, movida pelas exigências do mundo externo, procura dar conta da emergência pulsional que proviria do id. Enquanto o id ficaria a serviço do princípio do prazer e buscaria satisfação irrestritamente, o ego viria aplacar tal emergência, aplicando a ele as exigências da realidade. O ego é o representante do mundo externo para o id e, de acordo com Freud, ele deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. No mesmo texto, ele diz: “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923, p. 40). Sendo o ego a projeção de uma superfície, é necessário que o bebê tenha sido olhado, tocado, libidinizado e atribuído a ele um lugar para que, com base nisso que lhe foi dado, que nele foi inscrito, o corpo próprio e, assim, o ego possam vir a se desenvolver como resposta.

No que tange ao narcisismo secundário, Freud aponta que este corresponde a um retorno da libido dirigida inicialmente a um objeto:

Bem no início, toda a libido está acumulada no id, enquanto que o ego ainda se acha em processo de formação ou ainda é fraco. O id envia parte dessa libido para catexias objetais eróticas, em consequência, o ego, agora tornado forte, tenta apoderar-se dessa libido do objeto e impor-se ao id como objeto amoroso. O narcisismo do ego é, assim, um narcisismo secundário, que foi retirado dos objetos. (FREUD, 1923, p. 62)

O investimento em objetos externos e o enriquecimento do eu a partir do retorno proporcionado por tais investimentos corresponderiam à última fase do desenvolvimento libidinal anterior ao amor objetual completo do tipo de ligação, o qual, para Freud (1914, p. 105): “é propriamente falando, característico do indivíduo do sexo masculino” (sendo esta pesquisa voltada para a investigação de qual é o sofrimento psíquico que subjaz no psiquismo de mulheres com anorexia, far-se-á necessário averiguar qual é o tipo característico do sexo feminino. Assim o faremos mais adiante).

De qualquer forma, como vimos anteriormente, a inscrição do autoerotismo se dá graças à possibilidade de a mãe ter podido exercer satisfatoriamente sua função de para excitação e ter podido prescindir do bebê para que ele pudesse prescindir dela. Se houver comprometimento na inscrição do autoerotismo, os momentos seguintes do desenvolvimento libidinal ficarão também comprometidos.

Podemos, então, pensar no autoerotismo como uma forma de comunicação, como uma metáfora para a “boca cheia de palavras” mencionada por Abraham e Torok (1972), pois é ele que comunica que o bebê tem condição de reproduzir no próprio corpo o que pôde ser inscrito nele pelo objeto materno por meio da função de para excitação. À medida que sua boca não possa introjetar um discurso, que seu corpo não possa ser suficientemente erogeneizado e que, assim, não se saiba o que fazer frente à ausência do objeto a ponto de se sentir ameaçado de destruição, o que resta é a incorporação. Frente à incorporação e ao reforço da ligação imaginária ao objeto que está em sua base, não há recursos para a efetiva separação que daria origem ao alargamento do ego promovido pela introjeção das pulsões com consequente objetualização do autoerotismo primitivo.

Se as falhas na libidinização do corpo do bebê resultam, com base na primeira teoria das pulsões, em uma precariedade do autoerotismo; com base na segunda teoria das pulsões, resultam numa desintração entre as pulsões de vida e pulsões de morte, o que desencadearia um direcionamento exacerbado da agressividade para o mundo externo, visando destrutividade, ou para o mundo interno, visando autodestrutividade. Considerar a autodestrutividade nos remete à anorexia, pois o fechamento da boca manifestado pela anoréxica acarreta em sua própria destruição, na medida em que deixa seu corpo à beira da desapareção.

Partamos para a verificação da importância da fusão, ou intrincação, entre pulsões de vida e pulsões de morte.

3.1.3 Do masoquismo erógeno à fusão entre pulsões de vida e pulsões de morte

Em decorrência da observação da tendência de seus pacientes repetirem conteúdos que lhes causavam sofrimento, Freud (1920) introduz, em “Além do princípio do prazer”, seu segundo dualismo pulsional: pulsões de vida x pulsões de morte. A pulsão de morte passa a ser concebida como relativa ao princípio de Nirvana, tendendo à redução completa das tensões por intermédio da compulsão à repetição.

A partir de então, subvertendo a lógica do prazer, Freud passa a tentar explicar a possibilidade de a dor e o desprazer poderem ser buscados e vividos como satisfação, pois percebe que o que é repetido são conteúdos traumáticos.

Quatro anos mais tarde, com o texto “O problema econômico do masoquismo”, Freud (1924) apresenta a noção de masoquismo erógeno. Nesse texto, Freud (1924) aponta que a abordagem do masoquismo exige que a relação entre o princípio do prazer e as pulsões de vida e de morte seja reexaminada, pois esse princípio era inicialmente relacionado com as pulsões de morte na medida em que era concebido como a redução das tensões, bem como o princípio de Nirvana. Isso colocaria o princípio do prazer a serviço das pulsões de morte.

No entanto, constatando que nem todo aumento de tensão é desprazeroso (pois a tensão sexual é vivida como prazerosa), Freud (1924) conclui que um fator qualitativo deve ser levado em conta na definição do princípio do prazer:

Seja como for, temos de perceber que o princípio de Nirvana, pertencendo, como pertence, ao instinto de morte, experimentou nos organismos vivos uma modificação através da qual se tornou princípio de prazer, e doravante evitaremos encarar os dois princípios como um só. (FREUD, 1924, p. 200-201)

Freud passa a diferenciar o princípio do prazer do princípio de Nirvana e acrescenta: “O princípio de Nirvana expressa a tendência do instinto de morte; e o princípio de prazer representa as exigências da libido [...]” ((FREUD, 1924, p. 201). Buscando compreender o que distingue um princípio do outro, Freud se questiona que força é essa responsável pela transformação do princípio de Nirvana em princípio de prazer e responde: “Ela só pode ser o instinto de vida, a libido, que assim, lado a lado com o instinto de morte, apoderou-se de uma cota na regulação dos processos da vida” (FREUD, 1924, p. 201). O princípio do prazer resulta da modificação que a libido introduz no funcionamento das pulsões de morte. Assim, é a ligação entre as pulsões de morte com as pulsões de vida (a libido), ou seja, essa fusão pulsional, que é responsável pela regulação do aparelho psíquico.

A questão que nos fica a partir disso é: como se dá essa fusão, essa amalgamação das duas classes de pulsões tão fundamental para o equilíbrio da vida mental?

Para respondermos a essa questão, voltemos primeiramente a Freud (1924, p, 205) quando ele aponta que a intrincação, a fusão pulsional, é contemporânea ao masoquismo erógeno: “Esse masoquismo [erógeno primário] seria assim prova e remanescente da fase de desenvolvimento em que a coalescência (tão importante para a vida) entre o instinto de morte e Eros se efetuou”. Em seguida, partamos para Rosenberg (2003, p. 80), que aponta que: “[...] a intrincação pulsional depende, como sabemos, do objeto: ela se elabora, portanto, de modo primário no contexto da díade mãe-filho, e depende é claro das condições particulares desse binômio”.

No início da vida do bebê, porque não há percepção do que não é eu (ou do que é ruim), pulsões de vida e de morte são fusionadas, não há diferenciação. É

com a inserção da percepção do ruim (e consequentemente do afeto de ódio) que há desintrinação. Após isso, nova intrinação deve ser realizada para a percepção de objeto. É a essa (re)intrinação, ou (re)fusão, a que nos referimos quando mencionamos a intrinação, ou fusão, entre pulsões de vida e de morte. É aí que entra o masoquismo erógeno primário auxiliando o ego a suportar o que o objeto tem de mau. Assim, é a relação com o objeto primário que possibilita que as pulsões de vida e de morte se (re)intrinquem, ou se (re)fusionem.

Rosenberg (2003, p. 90) acrescenta ainda que “É o masoquismo erógeno primário que mostra a possibilidade de erotizar a dor e o desprazer em geral [...]”. (p. 90) Em seguida, acrescenta: “[...] é o masoquismo primário erógeno que torna possível ao pequeno ser humano suportar o desamparo primário [...]”.

É a partir da possibilidade de erogeneizar a dor, isto é, de investir libidinalmente a ausência do objeto, que a (re)intrinação entre pulsões de vida e de morte ocorrerá e possibilitará que o bebê suporte o desamparo que sente frente à ausência do objeto primário. Para Rosenberg (2003), o masoquismo erógeno, por possibilitar a intrinação pulsional, é o masoquismo guardião da vida.

Voltemos, assim, para o conteúdo apresentado anteriormente no qual trabalhamos a importância da introjeção da função de para excitação materna para a inscrição do autoerotismo e façamos um paralelo com o masoquismo erógeno: podemos pensar que é a introjeção da função de para excitação materna, a qual possibilita ao bebê reproduzir no próprio corpo o que foi inscrito por outrem e, dessa forma, recorrer ao autoerotismo, que possibilita também, a partir do segundo dualismo pulsional apresentado por Freud, a fusão pulsional responsável pelo equilíbrio da vida psíquica.

Referindo-se à diferenciação entre eu-outro, que é possibilitada por essa amalgamação, ou ao que Freud chamou de “polarização” antes da construção da segunda teoria das pulsões, Rosenberg (2003, p. 174) escreve:

[...] o objeto, ao provocar desprazer e ódio, é carregado-investido da pulsão de destruição projetada nele pelo eu que se livra dela, dessa forma, no interior de si mesmo. A polarização descrita por Freud torna-se, portanto, na realidade, a polarização entre o que foi projetado da pulsão de morte para o exterior e a libido narcisista que habita, investe, o eu; e é essa polarização que, no interior do autoerotismo, compreendendo, certamente, o objeto

primário (ou, o que é equivalente, no interior da díade mãe-criança) opera essa clivagem primária entre sujeito e objeto, entre interior e exterior, entre dentro e fora.

Portanto, é a ausência do objeto (no interior do autoerotismo) provocando desprazer e ódio por este que possibilita que a destrutividade seja nele projetada, liberando-a de dentro de si – daí a importância da inserção dessa ausência de uma forma suportável ao bebê. É assim que se opera uma primeira cisão entre sujeito e objeto, interior e exterior, dentro e fora. É assim que as pulsões de morte, bem como as pulsões de vida, passam a poder ser canalizadas em partes para fora, em partes para o interior do sujeito.

Quando isso fracassa, isto é, quando há falha na libidinização da dor e, sendo assim, da ausência, comprometendo o autoerotismo, o que faz com que a agressividade se converta em autodestrutividade (como nas anoréxicas) e não em destrutividade dirigida para o exterior?

3.1.4 Quando há o fracasso do masoquismo erógeno e o comprometimento do autoerotismo: a primazia do Ego Ideal.

A inclusão do objeto perdido no ego e o retorno da libido a partir do narcisismo secundário só é possível com a instauração no psiquismo do ideal do ego (ou ideal de eu). Em oposição ao ideal do ego, há outra instância denominada ego ideal (ou eu ideal), que representa um estancamento narcísico da libido, uma morte do desejo, um domínio das pulsões de morte e um não estabelecimento de relações objetais.

Freud utiliza os termos “ego ideal” e “ideal do ego” pela primeira vez no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, em 1914. Nesse texto, esses conceitos aparecem de forma confusa e muitas vezes de difícil distinção acerca de quando ele está se referindo a um ou a outro. Mas o que podemos concluir das colocações que Freud faz é que o ego ideal seria a instância originária em que se constitui o ego indiferenciado do sujeito a partir do narcisismo primário, enquanto o ideal do ego seria uma instância diferenciada que constitui um modelo ao qual o sujeito procura se adequar. No ego ideal, o sujeito se define como seu próprio ideal, enquanto que

no ideal do ego o ideal é algo que transcende o sujeito e que ele deseja atingir, sua função é ser uma referência para o ego.

Sobre o ego ideal, Freud (1914, p. 111) escreve:

Esse ego ideal é agora alvo do amor de si mesmo desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. [...] Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o próprio ideal.

Nessa passagem, Freud aponta que o amor de si mesmo que era desfrutado pelo ego real do sujeito na infância corresponde ao ego ideal, o qual, fruto da posição infantil de sua majestade o bebê, se acha possuído de toda perfeição e valor. Isso que é projetado como ego ideal do sujeito é um substituto do narcisismo perdido da infância, época na qual ele era seu próprio ideal, bem como de suas figuras parentais.

Nesse mesmo texto, referindo-se ao ideal do ego, Freud (1914, p. 117) acrescenta:

O desenvolvimento do ego consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal.

Segundo ele, para que haja o desenvolvimento do ego, deve haver um afastamento do narcisismo primário juntamente a uma tentativa de recuperação desse estado. O afastamento do narcisismo primário seria ocasionado por um deslocamento da libido, que daria origem ao ideal do ego. Este seria imposto de fora e a satisfação passaria a ser obtida a partir da realização desse ideal. Assim, podemos pensar que, à medida que o ego ideal seja um substituto do narcisismo infantil, o ideal do ego, por ser imposto de fora, seria a instância que daria origem ao narcisismo secundário.

Sobre o ideal de ego (ou ideal de eu), Alonso (2003, p. 233) escreve:

O ideal de eu permite criar laços sociais e amorosos na dimensão do mais tarde e abre o lugar para o desejo. Os ideais nos puxam pra frente; quando eles desaparecem, só nos resta o caminho da regressão em relação ao eu ideal, do retorno ao estancamento narcísico da libido. Quando prima o eu ideal, morre o desejo e ficamos entregues aos excessos da pulsão que ameaçam engolir o eu.

Enquanto o ideal de ego abrirá lugar para o desejo, com a primazia do ego ideal há o retorno do estancamento da libido, a morte do desejo, os laços sociais e amorosos deixam de ser criados e, conseqüentemente, o eu fica ameaçado de ser engolido pelo excesso pulsional, fruto do fracasso do masoquismo erógeno, e, assim, da falha na inscrição do autoerotismo, acarretando no direcionamento da destrutividade para o interior devido ao desintrincamento entre pulsões de vida e de morte e, portanto, da não efetiva separação entre eu e outro.

Pensar que o eu possa ser engolido pelo excesso pulsional remete ao (re)direcionamento da libido quase que exclusivamente a essa instância: o eu. É nesse movimento de retorno a si com conseqüente cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar e perda de autoestima que, em “Luto e melancolia” (1917), Freud situa o padecimento melancólico. Comparando o luto à melancolia, Freud comenta os traços mentais distintivos desta:

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (FREUD, 1917, p. 276)

Ao falar sobre o sofrimento relativo à morte do desejo e, assim, à dificuldade de estabelecimento de laços objetais, Abraham (1924) também se refere à melancolia. Sobre isso, ele escreve:

[...] podemos presumir que, na melancolia, a capacidade do indivíduo para o amor de objeto é especialmente mal desenvolvida, de maneira que, se ele adoecer, sua tendência a incorporar o objeto de uma maneira canibalesca prevalece – ocorrência que coincidiria com uma regressão de sua libido à segunda fase. (ABRAHAM, 1924, p. 156)

Abraham mostra que, se o indivíduo adoece, isto é, é assolado pelo padecimento melancólico, sua libido regride à segunda fase do desenvolvimento libidinal, a oral canibalesca, e sua tendência a incorporar o objeto prevalece.

3.1.5 Quando o Ego incorpora o Objeto: a melancolia

Fédida (1999), em seu texto “O canibal melancólico”, concorda que a melancolia é fruto de um retorno da libido à fase oral canibalesca. Sobre isso ele escreve:

A ambivalência do canibalismo pode ser esclarecida se dissermos correlativamente que a angústia melancólica é canibal e que ela diz respeito, nesse sentido, à dependência do eu à ameaça de perda de seu objeto: essa ambivalência significa que o meio mais seguro de se preservar da perda do objeto é destruí-lo para mantê-lo vivo. (FÉDIDA, 1999, p. 67)

Fédida (1999) se refere à ambivalência intrínseca ao canibalismo e aponta que, frente à ameaça da perda do objeto, o que se revela como mais seguro para o indivíduo melancólico é, engolindo-o canibalisticamente, destruí-lo para mantê-lo vivo.

Em “Luto e melancolia”, Freud (1917) se propõe a esclarecer a natureza psicopatológica da melancolia e, para tanto, faz um paralelo entre esta e o luto.

Freud (1917) aponta que, frente à perda do objeto amado, o trabalho que o luto realiza é de sobreinvestir o objeto, com consequente desinvestimento de outros objetos, para que, em seguida, com grande dispêndio de tempo e energia, paulatinamente os laços de libido antes tidos com o objeto sejam dissolvidos e a libido passe a poder ser investida em outros objetos. Freud descreve o luto da seguinte forma:

[...] isso só ocorre pouco a pouco e com grande dispêndio de tempo e energia, enquanto, em paralelo, a existência psíquica do objeto perdido continua a ser sustentada. Cada uma das lembranças e expectativas que vinculam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento. Em cada um dos vínculos vai se processando então uma paulatina dissolução dos laços de libido. (FREUD, 1917, p. 277)

Ao comparar o luto e a melancolia, ele salienta que:

[...] embora a perda que vimos ocorrer na melancolia nos seja desconhecida, podemos supor que sua consequência será um trabalho interior semelhante ao do luto e, portanto, a perda explicaria a inibição também presente na melancolia. Entretanto, a inibição melancólica nos parece enigmática, porque não podemos ver o que estaria absorvendo de tal maneira o doente. Além disso, o melancólico nos mostra uma característica ausente no luto: a extraordinária depreciação do sentimento de si, um enorme empobrecimento do ego. (FREUD, 1917, p. 278)

Assim, a melancolia também corresponde à retirada da libido de outros objetos e ao investimento da libido no objeto perdido. Mas o que a melancolia tem de particular é que frente à perda há um empobrecimento do ego, uma depreciação do sentimento de si.

Averiguando a diferença entre o processo de luto e a perda ocorrida no ego, típica da melancolia, no mesmo texto Freud (1917, p. 280) aponta:

Ao ouvirmos pacientemente as múltiplas recriminações do melancólico, não temos como evitar a impressão de que as mais graves acusações com frequência não se encaixam exatamente à própria pessoa, mas que se aplicam perfeitamente a uma outra pessoa que o doente ama, amou ou deveria amar. [...] Assim, tem-se nas mãos a chave para o quadro da doença: as autorrecriminações são recriminações dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio ego.

Ele conclui que as autorrecriminações dirigidas ao ego são, na verdade, recriminações dirigidas a um objeto amado e dele retiradas. Em seguida, descrevendo por que isso se dá, Freud (1917, p. 281) escreve:

Havia ocorrido uma escolha de objeto, isto é, o enlaçamento da libido a uma determinada pessoa. Entretanto, uma ofensa real ou decepção proveniente da pessoa amada causou um estremecimento dessa relação com o objeto. O resultado não foi um processo normal de retirada da libido desse objeto e a seguir seu deslocamento para outro objeto, mas sim algo diverso, que para ocorrer parece exigir a presença de determinadas condições. O que se seguiu foi que o investimento de carga no objeto se mostrou pouco resistente e firme e foi retirado. A libido então liberada, em vez de ser transferida para outro objeto, foi recolhida para dentro do ego. Lá essa libido não foi utilizada para uma função qualquer, e sim para produzir uma

identificação do ego com o objeto que tinha sido abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego.

Fazendo uma relação entre essa passagem de Freud e o conteúdo apresentado anteriormente, podemos pensar que a origem da melancolia está relacionada com o início da eleição do objeto. Dizemos isso, pois embora nesse trecho Freud (1917) tenha mencionado que havia ocorrido uma escolha de objeto, em seguida ele acrescenta que o investimento da carga no objeto era pouco resistente e firme, como se essa eleição não tivesse sido bem estabelecida. O padecimento melancólico seria próprio do narcisismo primário e, portanto, relativo ao ego ideal. Dessa forma, a identificação com o objeto perdido se refere muito mais a uma incorporação do que algo fruto de uma introjeção. A sombra do objeto caiu sobre o ego, pois a falha da função de para excitação do primeiro objeto de amor – a mãe – acarretou em perda de aspectos do ego que o ajudariam a suportar frustração. Assim, o que restou ao ego foi canibalisticamente incorporar tal objeto e, frente à ambivalência surgida devido ao esboço de separação necessário para o investimento em um objeto externo, a agressividade originalmente dirigida ao objeto retorna ao próprio ego, recriminando-o e assim o *devorando*. Freud acrescenta que “O conflito entre o ego e a pessoa amada transformou-se num conflito entre a crítica ao ego e o ego modificado pela identificação” (FREUD, 1917, p. 282), que lemos como “incorporação”.

Partamos, então, para a investigação sobre a relação entre a oralidade, o comprometimento na inscrição do autoerotismo, a desintrincação pulsional, a primazia do ego ideal e a melancolia com a anorexia.

3.2 A ANOREXIA

3.2.1 Anorexia: “uma neurose paralela à melancolia”

No início de sua construção teórica, no “Rascunho G”, Freud (1895) faz uma analogia entre sintomas anoréxicos e a melancolia e aponta o seguinte:

a) O afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida pulsional.

b) A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação) é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem nenhum apetite; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda da libido. (FREUD, 1895, p. 282-283)

O primeiro apontamento de Freud nos remete ao paralelo realizado por ele entre o luto e a melancolia no texto de 1917. Como vimos no capítulo anterior, na melancolia, diferente de no luto, o resultado não foi um processo normal de retirada da libido do objeto. O que se seguiu foi que a libido liberada, em vez de ser transferida para outro objeto, foi recolhida para dentro do ego e utilizada para produzir uma identificação do ego com o objeto perdido. Vimos também que o que foi colocado por Freud como identificação com o objeto perdido, por nós foi nomeado como “incorporação” de tal objeto. Assim, quando, no “Rascunho G”, ele coloca que na melancolia deve tratar-se de uma perda na vida pulsional, essa perda pode ser entendida como um não direcionamento da libido para o exterior, na medida em que é recolhida para dentro do ego, causando angústia. Além disso, quando ele aponta o luto como afeto correspondente à melancolia e acrescenta que este se refere ao desejo de recuperar algo que foi perdido, a melancolia pode ser pensada também como um desejo de recuperação do objeto, embora não de um objeto que realizou sua função ‘objetal’, pois, como afirma Torok (1968, p. 223) referindo-se à incorporação: “Ela tem por objetivo, no final das contas, recuperar um objeto que, por qualquer razão, se furtou à sua missão: mediatizar a introjeção do desejo”. Recuperar esse objeto corresponderia, na melancolia, a recuperar os aspectos do ego que junto com ele foram perdidos, pois ele por si só não foi capaz de mediatizar a introjeção das pulsões que levaria à possibilidade de dele prescindir e, assim, a uma saudável introjeção do desejo.

No segundo apontamento realizado por Freud no “Rascunho G”, ele claramente estabelece uma relação entre a anorexia e a melancolia e acrescenta que essa neurose nutricional se manifesta em moças jovens e que a perda de apetite apresentada por elas é resultante de uma perda de libido, a qual implica um não desenvolvimento da sexualidade.

A relação entre a melancolia e o não se alimentar voltará a ser mencionada no texto “Luto e melancolia”, no qual Freud (1917) afirma que, juntamente ao quadro de delírio de inferioridade apresentado pelo melancólico, há uma recusa a se alimentar. Além disso, nesse mesmo texto, voltando-se a Abraham e referindo-se à incorporação do objeto na melancolia, Freud (1917, p. 282) escreve:

O ego deseja incorporar a si esse objeto, e, em conformidade com a fase oral ou canibalista do desenvolvimento libidinal em que se acha, deseja fazer isso devorando-o. Abraham, sem dúvida, tem razão em atribuir essa conexão à recusa de alimento encontrada em formas graves de melancolia.

Freud defende que a recusa de alimento se faz presente em formas graves de melancolia e que esta recusa está relacionada com a fase oral canibalista do desenvolvimento libidinal.

Ainda em “Luto e melancolia”, utilizando-se de uma observação de Otto Rank, Freud (1917) assinala que a predisposição à melancolia está diretamente relacionada à escolha objetal do tipo narcísico, mediado muito mais por uma necessidade de ser amado do que propriamente de amar. Freud acrescenta que essa escolha, tendo sido feita sobre uma base narcísica, propicia a regressão ao narcisismo sempre que uma dificuldade ocorra. A identificação narcísica (incorporação) é assinalada como importante base para os transtornos narcisistas e pressupõe, segundo Freud (1917, p. 283), “a regressão da catexia objetal para a fase oral ainda narcisista da libido”, isto é, anterior à escolha de objeto. Frente aos desapontamentos intrínsecos a deparar-se com o outro como tal, o melancólico regride ao estágio ambivalente da fase oral – oral canibalesco – procurando incorporá-lo. Abraham (1916, p. 77), referindo-se ao melancólico, escreve: “Nas profundezas de seu inconsciente, há uma tendência a devorar e destruir seu objeto”. Há, portanto, uma tendência a fazer praticamente desaparecer a sua face objetal.

Ademais, também no texto “Luto e melancolia”, Freud (1917) se refere à melancolia como uma neurose narcísica e acrescenta que nela, diferentemente do que se passa nas psiconeuroses, nas quais o conflito se dá entre ego e id, o conflito se dá entre ego e superego. Nesse mesmo texto, assinala a importância da “ambivalência das relações amorosas” que a perda do objeto de amor na melancolia evidencia. Sobre a ambivalência amor-ódio na melancolia, ele escreve:

Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser abandonado, ao mesmo tempo em que o objeto o é – se refugiou na identificação narcísica, o ódio entra em ação neste objeto substitutivo, insultando-o, humilhando-o, fazendo sofrer e ganhando neste sofrimento uma satisfação sádica. (FREUD, 1917, p. 284)

O investimento no objeto sofre então dois destinos: por um lado, à medida que o amor pelo objeto não pode ser renunciado, regride à identificação narcísica (incorporação) e, por outro, à medida que o objeto é também odiado – pela ambivalência constitutiva e esboço de separação – há uma satisfação sádica por meio do insulto e da humilhação dirigida a ele que, ao ser incorporado, torna-se parte do ego. Assim, o ego dirige a si próprio a hostilidade que deveria ter sido dirigida ao objeto como tal. O resultado se apresenta como uma instância crítica extremamente severa, que devora o ego e que faz com que o melancólico se retire narcisicamente para seu mundo interior e deseje, no lugar do objeto, alcançar o amor dessa instância crítica que, a partir do texto “O Ego e o Id”, será denominada por Freud (1923) de superego (ou supereu).

Nesse texto, referindo-se à melancolia e ao superego tirânico nela presente, Freud (1923, p. 69-70) escreve:

Se nos voltarmos primeiramente para a melancolia, descobriremos que o superego excessivamente forte que conseguiu um ponto de apoio na consciência dirige sua ira contra o ego com violência impiedosa, como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa em apreço. Seguindo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte [...].

Assim, para Freud (1923), o que reina no superego do melancólico é uma pura cultura da pulsão de morte – o que nos leva a pensar no desintrincamento pulsional fruto do fracasso do masoquismo erógeno – que consegue, inclusive, frequentemente, levar à morte do eu.

Na melancolia, o conflito se dá entre ego e superego, pois o ego se esforça para corresponder a essa instância crítica que, quanto mais severa for, menor a

possibilidade de ser satisfeita. Na melancolia, para ser objeto de investimento amoroso do superego, o ego tem que se mostrar como o que não é: todo ideal!

Na anorexia também podemos observar a depreciação do sentimento de si nas constantes críticas que a anoréxica faz a si e ao próprio corpo. Há também uma instância crítica muito severa que a anoréxica busca satisfazer mostrando-se como toda ideal: sem carne, sem faltas, sem sexualidade, sem humanidade. De acordo com Magtaz (2008, p. 18):

A anorexia parece funcionar como uma defesa contra o humano. Na anorexia, o corpo com carne, isto é, com sexualidade e erotismo, é vergonhoso. Esse corpo deve ser transformado num corpo vazio, oco, purificado de seus pecados. Estamos diante de um ideal de um corpo sem carne.

O ideal da anoréxica é um ideal de um corpo sem carne, pois ser provido de carne, de sexualidade e de erotismo implica estar suscetível à vulnerabilidade própria da relação com o outro, em estar sujeita a ter que lidar com a perda do objeto, perda com a qual ela não tem recursos para lidar. Portanto, é preferível ter um corpo blindado e purificado de pecados a ter um corpo que a envergonhe por clamar por objetos externos, na medida em que não é ideal. Assim, há, na tentativa de correspondência às exigências do superego tirano, também uma satisfação sádica por intermédio de uma via indireta de autopunição que se manifesta na tentativa velada de destruição do próprio corpo.

Além disso, a ambivalência com relação ao (suposto) primeiro objeto de amor, a mãe, também se fará presente, pois, como afirma Brusset (1989, p. 69) referindo-se à anoréxica: “A mãe é ao mesmo tempo indispensável e inaceitável”. Se essa mãe é indispensável e inaceitável ao mesmo tempo, é porque ela não exerceu sua função (objetalizante) adequadamente e o resultado foi uma pseudos-separação, como na melancolia.

Vemos, então, quatro pontos que vão ao encontro da hipótese aqui sustentada de que a melancolia é o sofrimento que subjaz no psiquismo das mulheres com anorexia. A articulação entre esses pontos tem o narcisismo como conceito pivô, pois todos eles estão relacionados a um exacerbado direcionamento da libido para o ego e a uma escassez de investimentos objetivos. Os quatro pontos

são: a anestesia sexual presente em ambas (juntamente com a inibição da função alimentar na anorexia e nas formas graves de melancolia); a depreciação do sentimento de si apresentada por sujeitos melancólicos e anoréxicos; o sadismo, que acontece a partir de uma via indireta de autopunição, fruto de um superego muito rígido; e a incorporação do objeto que é o mecanismo responsável pelos três pontos anteriores.

As relações estabelecidas entre a anorexia e a melancolia juntamente à colocação de Freud, no “Rascunho G”, sobre a manifestação da anorexia em moças jovens nos levam a averiguar qual é a especificidade do funcionamento feminino e de sua passagem pelo Complexo de Édipo que leva à manifestação de tal problema alimentar em moças durante a juventude.

3.2.2 Os impasses da passagem de menina a mulher

No texto “Sexualidade feminina”, Freud (1931) revê sua concepção a respeito do desenvolvimento sexual da menina e aponta que, inversamente ao que propusera até então, a ligação com a mãe (até os quatro ou cinco anos), que antecede o Édipo, tem nas mulheres uma importância muito grande. Ele escreve que a mulher só atinge a situação normal edipiana positiva (desejar o pai) depois de ter superado um período anterior que é governado pelo complexo negativo (desejar a mãe).

Além disso, ele acrescenta que o afastamento da mãe constitui um passo extremamente importante no curso do desenvolvimento de uma menina e que a transição para o objeto paterno juntamente com tendências passivas, abre caminho para o desenvolvimento da feminilidade.

Na “Conferência XXXIII”, Freud (1932) aponta que a passagem para a feminilidade está ligada ao reconhecimento da mãe como um ser castrado, pois é isso que fará com que a menina renuncie à mãe como objeto de amor e volte-se ao pai para dele obter o que não obteve de sua mãe. Sobre isso, ele escreve:

O desejo que leva uma menina a voltar-se para o seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter do pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece

se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis. (FREUD, 1932, p. 157)

Assim, de acordo com Freud, a situação feminina só se estabelece após o desejo de possuir um pênis ser substituído pelo desejo de ter um bebê.

Em seguida, nesse mesmo texto, Freud (1932, p. 158) acrescenta:

Com a transferência, para o pai, do desejo de um pênis-bebê, a menina inicia a situação do complexo de Édipo. A hostilidade contra sua mãe, que não precisa ser novamente criada, agora se intensifica muito, de vez que esta se torna rival da menina, rival que recebe do pai tudo o que dele deseja.

É a partir dos quatro aos cinco anos que a situação feminina passa a se estabelecer. É nesse período que se inicia o complexo de Édipo positivo na menina, e, como consequência, a hostilidade contra sua mãe se intensifica, pois ambas passam a disputar o amor do mesmo homem.

Nasio (2007, p. 52), ao referir-se à entrada da menina no Complexo de Édipo positivo, não menciona a transferência, para o pai, do desejo de um pênis-bebê; ele fala que a menina volta-se para o pai com outro objetivo: o de salvaguardar seu narcisismo. Sobre isso, ele escreve: “[...] Eu diria que a menina entra no Édipo, vai ao encontro do pai para pedir-lhe que faça um curativo em seu narcisismo ferido”. Nasio concorda com Freud que é o reconhecimento da mãe como um ser castrado, bem como a sua percepção de também ter sido privada do pênis, que fazem com que a menina se ressinta com a mãe e seja impulsionada a se afastar desse objeto primordial. Mas ele acrescenta que essa percepção deixa sequelas: uma ferida no narcisismo que caberá ao pai curar.

Para entendermos essa ferida narcísica, é necessária a compreensão do conceito de “Falo”, o qual Nasio (2007, p. 77-78), muito didaticamente, descreve da seguinte maneira:

Falo é o nome que damos à fantasia do pênis, à interpretação subjetiva do pênis, à maneira que cada um tem de perceber o apêndice peniano. Mais genericamente usamos a palavra “Falo” para designar a fantasia de todo objeto que se reveste, a nossos olhos de crianças, ainda que adultos, do mais alto valor afetivo.

Assim, “falo” corresponde à interpretação subjetiva do pênis, à fantasia que reveste um objeto do mais alto valor afetivo. E que relação há entre esse conceito com a ferida no narcisismo que se instaura na menina após a percepção de que sua mãe e ela não são dotadas do apêndice peniano?

Bem, Nasio (2007, p. 49) aponta que, no tempo pré-edipiano, a menina é como um menino, pois: “Assim como ele, ela julga deter um falo e mostra, por seus comportamentos, ser guiada por fantasias de onipotência fálica e prazer nas quais desempenha um papel sexual ativo em relação à mãe.” Nesse tempo, ela ainda não se deparou com a diferença sexual e ainda julga deter um falo. Mas, em seguida, frente à percepção da existência do pênis num corpo masculino, e por causa da significação fálica que esse membro tem, enquanto, segundo Nasio (2007, p.51): “o menino vivia a angústia de ter a perder, a menina vive a dor de ter perdido; enquanto o menino teme a castração, a menina se ressentida de uma privação”. Essa experiência da privação, que foi vivida pela menina como uma ofensa ao orgulho de possuir o falo é, de acordo com Nasio (2007, p.52): “um golpe infligido em seu narcisismo”.

Por não portar um pênis, a menina revestirá do mais alto valor afetivo outra coisa: a imagem de si. Sobre isso, Nasio (2007, p. 52) escreve:

O Falo, para a menina, não é o pênis, mas a imagem de si. Ora, a reação imediata ao amor-próprio ferido é reivindicar à mãe o que lhe é devido e se queixar do prejuízo que sofreu. Apenas mais tarde, quando a filha desejar o pai, chegará a época da reparação, da pacificação e da reconciliação com a mãe. Por ora, a menininha está só, pois não tem mais pais para quem se voltar: rejeitou a mãe e ainda não recorreu ao pai. É um período de negra solidão, em que a menina chora seu narcisismo ofendido.

No intervalo temporal entre a dor da privação e a recorrência ao pai para que ele invista a imagem da filha libidinalmente e ela recupere o amor-próprio perdido, a menina fica imersa num tempo de solidão. Enquanto no menino o narcisismo do corpo interrompe o Édipo, pois ele prefere salvaguardar seu membro a manter sua mãe como objeto sexual, na menina o narcisismo da imagem de si abre para o Édipo, impulsiona a menina a sair do tempo de solidão e a direcionar-se para o pai.

Lacan (1957-1958) trabalha o Édipo a partir de três tempos lógicos e o integra à constituição subjetiva, situando o desejo e, portanto, a sua metonímia (a falta) no centro dessa constituição.

No primeiro desses tempos, a relação mãe-criança é marcada por uma indistinção fusional na qual o filho é identificado ao falo materno. Para Lacan (1957-58), neste primeiro tempo, “o sujeito se identifica especularmente com aquilo que é objeto do desejo de sua mãe” (p. 198). No segundo tempo há a intervenção de um terceiro que introduz a lei da interdição à relação fusional da mãe com o bebê: “[...] o pai intervém efetivamente como privador da mãe” (p. 198). O pai, nesse tempo, castra a mãe ao privá-la da criança fazendo com que, assim, a criança seja impulsionada a lidar com a falta. Portanto, nesse tempo, já há um esboço de constituição do desejo. No terceiro tempo, a questão da criança não está mais centrada em ser ou não ser o falo da mãe, mas em tê-lo. Nesse tempo, “o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui” (p. 200). Ainda: “é por intervir como aquele que tem o falo que o pai é internalizado no sujeito como ideal do eu [...]” (p. 201). Assim, é a função paterna (o encontro com a falta) que permite que a criança internalize o pai como ideal do eu e se posicione frente à vida como desejante.

Portanto, seja a partir da concepção de Freud, de Nasio ou de Lacan, é a inserção do pai como terceiro separador da relação mãe-criança, como portador do falo, que possibilitará a abertura do sujeito para relações objetais e para a tentativa de retomada do narcisismo perdido da infância a partir do narcisismo secundário, ou seja, da constituição do ideal do eu – o que, como vimos, não ocorre na melancolia.

Mas voltemos a Freud, o qual, além de abordar as peculiaridades do desenvolvimento sexual da menina previamente mencionados, atribui às mulheres ainda outra característica: ele atribui a elas uma tendência a realizarem uma escolha de objeto de tipo narcísico. Na “Conferência XXXIII”, Freud (1932, p. 162) escreve: “[...] atribuímos à feminilidade maior quantidade de narcisismo, que também afeta a escolha objetal da mulher, de modo que, para ela, ser amada é uma necessidade mais forte que amar. ”

Esse apontamento nos leva a relacionar a manifestação da melancolia e da anorexia com o ser mulher, pois, como vimos, no “Rascunho G”, Freud aponta a

anorexia como neurose nutricional paralela à melancolia. Em “Luto e melancolia”, ele diz que a predisposição para a melancolia está ligada com a escolha objetal do tipo narcísico, e na “Conferência XXXIII” atribui maior quantidade de narcisismo à feminilidade, acrescentando que, para a mulher, ser amada é uma necessidade mais forte que amar. Vimos também que, se a escolha objetal é feita sobre uma base narcísica, ela propicia a regressão ao narcisismo sempre que uma dificuldade ocorra e que o melancólico regride ao estágio oral canibalesco, procurando incorporar o objeto (devorá-lo) quando se depara com o objeto como tal (diferente de si). Essas observações nos levam a pensar que o retorno à fase oral canibalesca do desenvolvimento libidinal se faz mais presente no campo do feminino e por isso Freud se refere à anorexia como sendo uma neurose frequentemente encontrada em meninas jovens.

Voltando rapidamente à melancolia, Abraham (1916, p. 117), ao escrever sobre a psicogênese desta, explicitará que ela se encontra ligada, entre outros fatores, aos “desapontamentos amorosos” ocorridos em momentos iniciais da vida do paciente. Mais precisamente quando “a ocorrência do primeiro desapontamento amoroso importante se dá antes que os desejos edipianos houvessem sido superados” (p.119). O bebê, então, desapontou-se com seu primeiro objeto de amor: a mãe.

Mas vejamos a que se refere a colocação de Abraham sobre a psicogênese da melancolia estar relacionada a desapontamentos amorosos que ocorreram antes de os desejos edipianos haverem sido superados. Quais as implicações de a menina ter se desapontado com seu primeiro objeto de amor, ou seja, a mãe? De que desapontamento se trata? E ainda, o que faz com que a anorexia se manifeste na juventude?

Bidaud (1998, p. 86) escreve:

Se, além disso, a inveja subsequente do pênis permite à menina separar-se da mãe, voltando-se para o pai, é sob a condição de que este tenha um lugar no desejo da mãe. O falo, que representa, na origem, o poder da mãe, é transferido para o pai. [...] É essa problemática da passagem, do tempo de mudança de objeto, que nos parece estar no núcleo do drama da anoréxica.

De acordo com Bidaud, o drama da anoréxica situa-se na impossibilidade de transferência do falo da figura materna para a paterna. O pai da anoréxica, assim, não teve um lugar significativo no desejo da mãe, e a inveja do pênis não foi inscrita na menina de forma satisfatória a ponto de impulsioná-la a separar-se da mãe e a tomar o pai como objeto de amor – que, por ser interdito, a levaria, futuramente, à busca pelo amor de outro homem.

Além disso, a referência de Bidaud ao tempo de mudança de objeto nos remete ao tempo de solidão mencionado por Nasio (2007) em que a menina já rejeitou a mãe, ainda não recorreu ao pai, se vê desamparada e chora seu narcisismo ofendido. Fazendo uma relação entre a concepção apresentada por Bidaud (1998) e a apresentada por Nasio (2007), podemos pensar que, na medida em que o pai não é investido libidinalmente pela mãe para que a ele seja atribuído o falo e, assim, ele possa curar o narcisismo ferido da filha, a filha permanecerá ferida em seu narcisismo, a imagem de si não será investida de amor próprio como resposta ao investimento que deveria ser realizado pelo pai. Além disso, por mais que, tomando a concepção de Nasio como base, nesse tempo a menina já tenha rejeitado a mãe, não haveria outro recurso a não ser ficar presa a ela e esperar que ela cure sua ferida, o que implicaria mantê-la num lugar fálico. Ainda, a ferida em seu narcisismo poderia ficar tão aberta, tão em carne viva, que atrairia todo o investimento libidinal da menina para si, o que acarretaria numa exacerbação do narcisismo – característica tanto da melancolia quanto da anorexia.

Mc'Dougall (1986), referindo-se à especificidade da constelação edípica nos casos de anorexia e bulimia, escreve:

[...] a imago paterna é quase ausente, tanto do mundo simbólico da mãe quanto da criança. O sexo e a presença paterna não parecem ter desempenhado nenhum papel estruturante na vida da mãe. A imago materna torna-se, por esse fato, extremamente perigosa. (MC'DOUGALL, 1986, p. 15)

De acordo com a autora, a imago paterna, que se refere à imagem ou fantasia que investe o pai de valor afetivo, é quase ausente do mundo simbólico da mãe e da criança, o que torna extremamente perigoso o aprisionamento à imago materna. Esse aprisionamento à imago materna, esse excesso de investimento na figura da

mãe, acarretará, segundo a autora, numa indiferenciação entre o corpo próprio e o corpo da mãe, o que Mc'Dougall (1986, p. 16) denomina “um corpo para dois”.

As meninas anoréxicas não transferiram o falo para o pai, assim mãe e filha permanecem próximas a uma indiferenciação narcísica. Dizemos próximas, pois, tomando como base os três tempos do Édipo apresentados por Lacan, situamos a anoréxica aprisionada no segundo tempo. Ela teve acesso à inscrição da falta e, assim, do desejo; mas não tem recursos para lidar com eles. Não tendo recursos para lidar com eles, fica aprisionada à imago materna e, conseqüentemente, o que há é um corpo para duas. Portanto, podemos pensar no desapontamento amoroso mencionado por Abraham como uma não inscrição da possibilidade de a filha apropriar-se do próprio corpo, de investir libidinalmente sua imagem de menina/mulher e, assim, apontar seu desejo para a exterioridade, uma vez que o que as meninas anoréxicas revelam é uma não abertura para a exterioridade à medida que recusam o alimento, a sexualidade e as relações objetais.

É na adolescência que a anorexia tende a eclodir, pois este é um período de apropriação da própria identidade, do próprio corpo e da sexualidade. De acordo com Lippe (2008), a reativação pulsional da adolescência revela eventuais falhas nas elaborações anteriores. Sobre isso ele escreve:

A reativação pulsional da adolescência obriga a rearranjos internos e conduz à organização edípica genitalizada “definitiva”, cuja elaboração é, ela mesma, tributária das elaborações anteriores sobre as quais se funda e cujas falhas eventuais ela revela. (LIPPE, 2008, p. 85)

E mais adiante, referindo-se à anorexia e à bulimia, ele acrescenta:

A problemática da separação-individuação que se desenrola na adolescência reativa, assim, as problemáticas de diferenciação original (sujeito/objeto) e a dependência primitiva que acontecia, então, em torno da relação oral com o seio, na qual a frustração introduz a dimensão do tempo e a diferenciação si/não-si, sujeito/objeto. (LIPPE, 2008, p. 85)

Portanto, a problemática separação-individuação apresentada pela anoréxica na adolescência revela a falha de diferenciação original ocorrida na fase oral do desenvolvimento sexual – assim como na melancolia – bem como a falta de

inscrição paterna válida. Assim, como o falo não é referenciado fora do corpo, não há busca sexual por ele em objetos externos, e o corpo, ao modo dos hipocondríacos com seus órgãos, fica todo falicizado.

Partamos para a averiguação de que função exercem o apagamento dos caracteres sexuais secundários, o não menstruar e a não apropriação da imagem no espelho, que são característicos da anorexia e que revelam os impasses da passagem de menina a mulher.

Brusset (1999), referindo-se ao ideal de magreza apresentado pelas anoréxicas, afirma:

Ele tem a função de repúdio de certos aspectos da feminilidade e de controle onipotente a autossuficiente. [...] O corpo é ainda mais inaceitável em sua feminilização quando esta o torna idêntico ao da mãe, reativando uma indiferenciação desejada e insuportável (a realização alucinatória da identificação com a mãe). (BRUSSET, 1999, p. 56)

Assim, o apagamento dos caracteres sexuais secundários e das formas arredondadas que corresponderiam a um corpo visivelmente feminino têm, segundo o autor, função de repúdio de aspectos da feminilidade principalmente se este corpo torna-se idêntico ao corpo da mãe. Ter um corpo idêntico ao da mãe reativaria uma indiferenciação desejada, mas insuportável. O corpo magro e desprovido de contornos arredondados seria uma tentativa de diferenciação, de cura de um vínculo patológico.

Fernandes (2012) defende que a menina agrada a ela própria ao apagar os contornos arredondados de seu corpo e, ao responder por que a menina agradaria a si mesma, responde: “Para poder diferenciar-se da mãe” (p. 306). A autora aponta que tal apagamento não é uma recusa da feminilidade, pois, para que ela fosse recusada, deveria ter sido atingida. Em seguida, Fernandes (2012) acrescenta: “O objetivo da anoréxica não me parece, então, ser um ataque ao feminino, mas antes uma tentativa de diferenciação, a busca de uma feminilidade outra, a configuração da própria identidade” (p.306), o que aparece claramente nos *sites* e *blogs* voltados para as anoréxicas, nos quais elas clamam para que sua “forma de ser” seja respeitada. A busca passa a ser por uma feminilidade diferente da apresentada pela mãe.

No que se refere à menarca, André (2001) escreve:

A experiência da menarca, como marca de identificação entre mãe e filha, aparece como momento fundamental na sexualidade da menina, pois lança a menina numa possibilidade de abertura para o mundo – ao despertar o desejo dos homens. (ANDRÉ, 2001, p. 33)

Assim, pensamos que o não menstruar da anoréxica revela a não condição de identificação com a mulher na mãe. Como vimos anteriormente, por não ter podido introjetar as pulsões com o auxílio da função da para excitação materna e, portanto, recorrer à incorporação do objeto, a filha ficou presa à mãe. Ela não transferiu o falo para o pai e não aceitou a sexualidade genital que levaria à busca por despertar o desejo dos homens. A anoréxica não se apresenta como mulher, pois, por estar presa à mãe, apresenta um corpo infantil.

Referindo-se ao corpo ou, mais precisamente, à imagem corporal, Dolto (2010) escreve:

Todo contato com o outro, quer o contato seja de comunicação ou para evitá-la, é subentendido pela imagem do corpo; pois é na imagem do corpo, suporte do narcisismo, que o tempo se cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação presente. No tempo atual sempre se repete em filigrana algo de uma relação de um tempo passado. A libido é mobilizada na relação atual, mas pode encontrar-se ali, desperta, resuscitada, uma imagem relacional arcaica, que permanecera reprimida e que retornara, então. (DOLTO, 2010, p. 15)

De acordo com a autora, é na imagem do corpo, suporte do narcisismo, que o passado inconsciente ressoa na relação presente. Por mais que a libido seja mobilizada numa relação atual, ela desperta uma imagem relacional arcaica, que reativa algo de uma relação de um tempo anterior.

Fernandes (2012), referindo-se ao passado que ressoa no presente e à dificuldade de percepção do corpo, escreve:

Pode-se, então, pensar que, na ausência de um investimento materno adequado, a experiência do corpo ficaria ligada à necessidade, privada da descoberta desse corpo de prazer – em um primeiro momento objeto do investimento libidinal da mãe e, em um segundo momento, objeto de investimento libidinal do próprio sujeito. Na falta desse investimento libidinal

necessário, a constituição da organização libidinal autoerótica não pode se estabelecer. A hipótese aqui discutida sustenta, então, a ideia de que, nas pacientes em que se evidencia uma marca da dificuldade de percepção do corpo, a ponto de denotar uma verdadeira distorção da imagem corporal, a experiência do corpo pareça ter ficado ancorada no registro da necessidade, isto é, em um tempo anterior ao autoerotismo. Portanto, foi a constituição do autoerotismo que ficou comprometida. (FERNANDES, 2012, p. 218)

Fernandes sustenta a hipótese de que a distorção da imagem corporal é fruto de uma ancoragem do corpo no registro da necessidade por uma falha da constituição do autoerotismo. Assim, pode-se pensar que a magreza das anoréxicas serve para defendê-las, para proteger o ego de um engolfamento pela mulher que reside na mãe. O narcisismo que serve como suporte para essa proteção é um narcisismo mortífero, pois é associado a um corpo-morte, que fica à beira da desapareição.

3.2.3 Dar-se a morrer ou se fazer existir?

Green (1982), baseando-se no grafo do desejo elaborado por Lacan entre 1957 e 1958, ao responder à pergunta “O que é o desejo? ”, escreve:

O desejo é o movimento pelo qual o sujeito é descentrado, isto é, que a busca do objeto da satisfação, do objeto da falta, faz o sujeito viver a experiência de que seu centro não está mais nele mesmo, que está fora de si num objeto do qual está separado, ao qual tenta se reunir para reconstituir seu centro, por meio da unidade – identidade reencontrada – no bem-estar consecutivo à experiência de satisfação. (GREEN, 1982, p. 21)

A constituição do desejo enquanto tal implica, segundo Green, um descentramento do sujeito que acarrete numa busca por objetos de satisfação. Implica o sujeito ter podido viver a experiência de separação e eleito um objeto para que, com base na relação com ele, busque uma re-união. Em outras palavras, implica buscar alimentar-se daquilo que não é si mesmo, ter acedido à relação objetual, num movimento impulsionado pela pulsão de vida.

A anoréxica recusa a alimentar-se daquilo que não é ela própria e vai se consumindo nesse fechamento narcísico. Ela não se move em busca de objetos de

satisfação, não tenta uma re-união para reconstituir seu centro. O que ela faz é recusar a demanda do outro para que coma. O que ela manifesta é um não desejar.

Referindo-se à solução de não desejar utilizada pela anoréxica, Camargo (2003) escreve:

É na adolescência que a anorexia surge como uma solução conciliatória entre a dependência infantil e a tentativa de individuação e autonomia. O corpo começa a ser o reduto do “não” à mãe. [...] O conflito se estabelece: querer e não querer separar-se da mãe. Querer pode significar a morte da mãe, não querer pode ser sua própria morte. A combinação do desejo invasivo da mãe e a “fantasia primordial de fazer um com a mãe-universo” resulta, então, mortífera. A solução é não desejar. Não há desejo, não há ausência, não há nada. (CAMARGO, 2003, p. 118-119)

O autor aponta que “a anorexia surge como uma solução conciliatória entre a dependência infantil e a tentativa de individuação” (CAMARGO, 2003, p. 118), e que o corpo passa a ser o reduto do “não” à mãe. Ele acrescenta que “a combinação do desejo invasivo da mãe” com “a fantasia primordial de fazer um” com esta resulta mortífera, e frente a isso a solução encontrada pela anoréxica é não desejar. Lacan (1956/1957), por outro lado, não concebe na anorexia a presença de um não-desejo, mas um desejo de nada. Ele se refere à anorexia como um “comer nada”, que não se refere a um nada comer, mas à tentativa de nessa mãe cavar uma falta, de instaurar uma separação, de alimentar-se de um vazio. Nesse sentido a anorexia também seria uma tentativa de cura desse vínculo doentio indiferenciado.

De qualquer forma, não desejar implica não descentrar-se e não investir libidinalmente em objetos. Desejar nada, ou “comer nada”, por representar uma tentativa de descentramento, explicita o quanto o que se faz presente é um centramento. Assim, seja a partir da concepção de Camargo (2003) ou da de Lacan (1956/1957), a anorexia implica um sobreinvestimento no eu. Implica uma não ascendência ao ideal do ego e um aprisionamento ao ego ideal, substituto do narcisismo primário. Isso nos leva a questionar se esse aprisionamento, esse sobreinvestimento no eu, não resultaria também mortífero?

Fernandes (2012), referindo-se ao aprisionamento das jovens anoréxicas no registro de ego ideal, escreve:

A recusa da realidade humana, no que ela tem de mortal e erótica, sugere que a anorexia abrigaria, assim, um fantasma de indestrutibilidade do corpo, como se o sujeito se recusasse a ver-se como vulnerável. Nesse sentido, o sentimento de onipotência e a recusa da realidade do corpo próprio parecem manter em si relações estreitas, combinando-se a um ego ideal bastante poderoso que leva o sujeito a tentar manter-se na ilusão de um corpo inatingível, simultaneamente ileso à morte e ao tempo. (FERNANDES, 2012, p.256)

Para a autora, as jovens anoréxicas abrigam um “fantasma de indestrutibilidade do corpo”. O apego ao ego ideal é tamanho que a ilusão de onipotência leva-as a pensar que, independentemente de quão magras se tornem, estão ilesas à possibilidade da morte. Elas se dão a morrer, mas não acreditam que morrerão.

Fuks (2003) apresenta a mesma concepção de Fernandes. Segundo ele: “Essas jovens não estão querendo se matar, é a realidade do próprio sujeito, no que ela tem de mortal, de erótica, de humana que é recusada”. Referindo-se à fusão dessas jovens com o ideal, ele escreve: “Na gestão narcísica do ideal, não se regulam por valores absolutos; elas, mais bem, os representam, os encarnam. Não aspiram à magreza, são a magreza [e se sentem secretamente invejadas]” (FUKS, in: VOLICH, 2003, p. 151, grifo do autor). Assim, o ideal de magreza que cultuam as transforma em seres únicos e especiais que não estão submetidos a necessidades e vulnerabilidades como os outros. Parafraseando Fuks, elas não aspiram ao ideal, são o ideal.

E qual é o preço a ser pago por isso? Quais são as consequências para o eu de tamanho centramento, de tamanha encarnação do ideal e, portanto, de tamanha recusa ao desejo?

Referindo-se ao alívio de todo desejo, Green (1982, p. 23) escreve:

O narcisismo oferece a ocasião para uma mimese do desejo através da solução que permite evitar que o descentramento obrigue a investir o objeto detentor das condições de acesso ao centro. O Eu adquiriu uma certa independência transferindo o desejo do Outro para o desejo do Um. Esta mimese pode inclusive se inverter, anular as injunções do modelo do desejo quando a realização unitária do narcisismo falha. Torna-se mimese do não-desejo, desejo de não-desejo. Aqui a procura do centro é abandonada, por supressão deste. O centro, como objetivo de plenitude, tornou-se centro vazio, ausência de centro. A procura de satisfação prossegue então fora de qualquer satisfação – como se esta tivesse realmente ocorrido – como se tivesse encontrado seu bem no abandono de toda busca de satisfação. É

aqui que a morte adquire sua figura de Ser absoluto. A vida torna-se equivalente à morte, pois é alívio de todo desejo.

De acordo com Green, o preço é também a morte. Pensamos que na anorexia e na melancolia, porque houve a incorporação do objeto, o narcisismo não ofereceu a ocasião para uma mimese do desejo que permitiu evitar que o descentramento obrigasse a investir o objeto detentor das condições de acesso ao centro. A realização unitária do narcisismo falhou, pois acarretaria na morte do sujeito frente ao desejo invasivo do Outro – a mãe. Assim, o narcisismo tornou-se mimese do não-desejo, a procura de satisfação prosseguiu fora de qualquer satisfação, como se esta tivesse realmente ocorrido. A morte adquiriu sua figura de Ser absoluto.

Green (1982, p. 24) acrescenta que, nesses casos nos quais o que reina é o narcisismo de morte (mimese do não-desejo), e não o narcisismo de vida (mimese do desejo): “Não é o desprazer que substituiu o prazer, é o Neutro. Não é na depressão que devemos pensar aqui, mas na afânise, no ascetismo, na anorexia de viver”, que seria o verdadeiro sentido da autodestrutividade nirvânica representada pela pulsão de morte, desintrincada da pulsão de vida pelo fracasso do masoquismo erógeno.

Baseando-se nas teorizações de André Green, Bidaud (1998, p. 97), referindo-se ao Neutro, à aspiração ao zero na anorexia, escreve:

Ao lado de um narcisismo de vida que visa à realização da unidade do eu, um narcisismo de morte que tende, ao contrário, à sua abolição na aspiração ao zero. A anorexia parece-nos ser uma forma desse narcisismo de morte, um mais além do princípio do prazer, a visada de uma afânise do sujeito, de uma desapareição. Então, não é o desprazer que se busca, mas o neutro, pela valorização da privação, no seio de um ascetismo inconsciente. Trata-se da renúncia de ser puro, e, portanto de ser só para atingir uma ilusão de autossuficiência, um “nada me falta”, apagando assim todo traço do outro e de seu desejo.

Bidaud descreve a anorexia como uma forma do narcisismo de morte que busca, na aspiração ao zero, na valorização da privação, uma ilusão de autossuficiência que apagaria todo esboço do outro e do seu desejo. Acreditamos, assim, que o “nada me falta” encarnado na magreza de seu corpo responde a um conflito que atende, por um lado, a ficar numa posição indiferenciada e, por outro, a

fazer-se separar. É sob uma posição melancólica de recusa às ligações objetais, aos caracteres secundários e ao sexual que ela permanece infantilizada, ao mesmo tempo em que comer nada representa uma tentativa de fazer surgir um esboço de diferenciação e, assim, de desejo; como se o dar-se a morrer fosse um grito em prol de se fazer existir.

3.3 ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA ANOREXIA: UM TRATAMENTO POSSÍVEL?

Tendo em vista as considerações previamente apresentadas, surgem as seguintes questões: Como seria uma intervenção possível para o tratamento da anorexia a partir da abordagem psicanalítica? A abordagem psicanalítica, por si só, daria conta de um tratamento eficaz? Qual é a relevância de intervenções por parte de médicos e nutricionistas frente a essa problemática?

Fuks (2003) defende que casos graves de anorexia exigem, numa fase inicial, a prevalência exclusiva de cuidados médicos. Sobre isso, ele escreve:

Devemos aceitar, contudo, especialmente em casos graves, a existência de uma fase inicial em que as condições clínicas exigem a prevalência exclusiva do cuidado médico. Inclusive, algo que deve ser reconhecido e indicado em boa quantidade de casos, é um centramento inicial na questão alimentar com pacientes preocupados com ela e que aderem a um atendimento regular por essa via. Mas um gerenciamento psiquiátrico e/ou nutricional e até psicoterápico, que recuse dimensões mais abrangentes da subjetividade do paciente e de sua história de vida, pode limitar a compreensão dos quadros e o alcance terapêutico a que se pode aspirar. (FUKS, 2003, p. 150)

Nos casos graves, o autor indica um centramento inicial na questão alimentar. No entanto, há que se ter cuidado para que esse gerenciamento não recuse dimensões mais abrangentes da subjetividade para que o alcance terapêutico não seja limitado. Assim, ainda que seja importante uma intervenção médica e/ou nutricional no início do tratamento de casos graves, esta não deve ser centrada somente na normalização do comportamento; pois como afirma Fuks (2003, p. 149): “O enquadramento médico exclusivamente objetivista, quantificador e pragmatista,

centrado na normalização do comportamento, tende a obturar toda problemática em que a subjetividade se faça presente”. A subjetividade não deve ser obturada.

É a partir da importância da não obturação da subjetividade nos casos de anorexia e tendo em vista que ela envolve os aspectos anteriormente mencionados, que visaremos, no decorrer deste capítulo, a investigação de como e se a abordagem psicanalítica pode servir como base para uma intervenção eficaz nesses casos.

Abordaremos o tratamento psicanalítico a partir de sua vertente tradicional, isto é, realizada em consultório, o que se daria em casos que não chegaram a passar por internamento ou nos quais houve internação seguida de alta com posterior encaminhamento para o psicanalista.

Vejamos, primeiramente, como é que se caracteriza um tratamento psicanalítico para, em seguida, averiguarmos a possibilidade de sua utilização frente a pacientes com anorexia.

3.3.1 O tratamento psicanalítico

No texto “Sobre a Psicanálise”, Freud (1913) descreve a psicanálise como sendo a combinação de um método de pesquisa das neuroses com um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta. Acrescenta que ela é resultado da experiência e, como todo novo produto da ciência, acha-se incompleta.

A psicanálise começou com pesquisas sobre a histeria e, ao referir-se à gênese dos sintomas histéricos, bem como às perspectivas terapêuticas do trabalho, Freud (1913, p. 266) escreve:

Foi conclusivamente provado que os sintomas histéricos são resíduos (reminiscências) de experiências profundamente comovedoras, afastadas da consciência cotidiana, e que sua forma é determinada (de maneira que exclui a ação deliberada) por pormenores dos efeitos traumáticos das experiências. Segundo este ponto de vista, as perspectivas terapêuticas residem na possibilidade de livrar-se desta “repressão”, de modo a permitir que parte do material psíquico inconsciente se torne consciente e privá-la assim de seu poder patogênico.

De acordo com Freud, os sintomas histéricos são reminiscências de experiências traumáticas que sofreram repressão, isto é, são satisfações substitutivas de conteúdos inconscientes e as perspectivas terapêuticas residem na possibilidade de tornar consciente parte desses conteúdos a partir da eliminação da repressão. Para Freud, tornar consciente os conteúdos inconscientes faria com que o poder patogênico destes desaparecesse.

As primeiras tentativas psicanalíticas de tratamento foram realizadas com o auxílio do hipnotismo. Posteriormente, o hipnotismo foi abandonado e o trabalho foi efetuado pelo método da “associação livre”, com o paciente em seu estado normal. Esse método corresponde à narrativa, por parte dos pacientes, de tudo o que lhes vem à mente mesmo que o julguem destituído de importância, irrelevante ou sem sentido; com ênfase na não omissão de nenhum pensamento ou ideia de sua história caso relatá-lo possa ser-lhes embaraçoso ou penoso. Para associar livremente, o paciente é convidado a deitar-se no divã, o qual é uma ferramenta do trabalho psicanalítico remanescente da época em que este era realizado através da hipnose. Em “Sobre o início do tratamento”, descrevendo sua forma de trabalho e referindo-se à utilização do divã, Freud (1913, p. 176) escreve:

Atenho-me ao plano de fazer com que o paciente se deite num divã, enquanto me sento atrás dele, fora de sua vista. Esta disposição possui uma base histórica: é o remanescente do método hipnótico, a partir do qual a psicanálise se desenvolveu.

Ao justificar a manutenção do divã para a realização do trabalho psicanalítico, Freud, neste mesmo texto, aponta duas razões: ele não podia suportar ser encarado fixamente por outras pessoas por oito horas (ou mais) por dia; e não desejava que suas expressões faciais dessem ao paciente material para interpretação ou o influenciassem no que lhe contavam. Além disso, em 1912, Freud formula como técnica a atenção flutuante por parte do analista. Segundo ele: “Não devemos atribuir uma importância particular a nada daquilo que escutamos, sendo conveniente que prestemos a tudo a mesma atenção flutuante” (Freud, 1912, p. 149-150). A atenção flutuante pressupõe a supressão momentânea dos prejulgamentos do analista.

A mudança da utilização da hipnose para o método da associação livre ocasionou uma maior aplicabilidade do tratamento psicanalítico. De acordo com Freud (1913, p. 266): “Esta modificação teve a vantagem de permitir que o processo fosse aplicado a um número muito maior de casos de histeria, assim como a outras neuroses e também a pessoas sadias.”.

No entanto, Freud não o considerava de aplicabilidade universal. Para ele, só eram analisáveis as neuroses de transferência; isto é, os pacientes passíveis de estabelecer transferência com o analista. Vejamos a que se refere a transferência e por que, para Freud, só as neuroses de transferência são analisáveis.

3.3.1.1 A transferência

Embora Freud já houvesse utilizado o termo “transferência” em 1888 em seu artigo sobre a histeria para o dicionário médico de Villaret, foi nos “Estudos sobre a histeria” (1895) que a transferência assumiu a conotação que mantém na atualidade: a de envolver o analista na análise de um sujeito.

Em “A dinâmica da transferência”, Freud (1912, p. 134) escreve que se “a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade”, a aproximação com novas pessoas é permeada por ideias libidinais (tanto de caráter consciente quanto inconsciente) antecipadas e que a figura do médico, leia-se do analista, entra nessa série:

Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico. Decorre de nossa hipótese primitiva que essa catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das “séries” psíquicas que o paciente já formou. (FREUD, 1912, p. 134)

Mais adiante, nesse mesmo texto, Freud aponta que essa catexia que se dirige ao analista, isso que a ele é transferido e que está incluído numa das séries psíquicas que o paciente já formou, pode surgir semelhante à imago materna ou imago paterna; isto é, o protótipo ao qual a catexia dirigida ao analista recorrerá poderá ser semelhante à representação psíquica que o paciente tem de seu pai ou

sua mãe, e, conseqüentemente, reproduzirá a ambivalência dessa relação. Para Freud (1912), a transferência de sentimentos afetuosos e amistosos corresponderia a uma transferência “positiva”, e a transferência de sentimentos hostis corresponderia a uma transferência “negativa”: “Temos de nos resolver a distinguir uma transferência ‘positiva’ de uma ‘negativa’, a transferência de sentimentos afetuosos da dos hostis, e tratar separadamente os dois tipos de transferência para o médico.” (FREUD, 1912, p. 140)

Em 1914, no texto “Recordar, repetir, elaborar”, Freud introduz o termo técnico “neurose de transferência” para se referir a enfermidades originárias que se canalizam para o analista e para a análise e, assim, podem ser tratadas. O funcionamento psíquico do paciente que permeia suas relações e o faz sofrer é repetido na relação com o analista e essa é a chave para o sucesso do tratamento.

De qualquer forma, isso que para o trabalho de análise é canalizado e ao analista é dirigido, é realizado como demanda de retribuição, retribuição à qual o analista não deve ceder para que o trabalho analítico seja realizado e mudanças sejam possíveis. Em “Observações sobre o amor transferencial”, tratando da importância de negar essa demanda e, ao mesmo tempo, do cuidado de não afastar-se do amor transferido, Freud (1915, p. 214) aponta:

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isso não quero significar apenas abstinência física, nem a privação de tudo o que o paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isto. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real.

E mais adiante, referindo-se ao analista:

Ele tem de tomar cuidado para não afastar-se do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resolutivo, recusar-lhe qualquer retribuição. (FREUD, 1915, p. 216)

Assim, o amor transferido ao analista, permeado por sentimentos afetuosos e/ou hostis, é o motor do trabalho analítico contanto que a demanda de retribuição permaneça insatisfeita. É só assim que repressões podem ser removidas e a satisfação real pode ser alcançada. É quando o analista não recusa o amor a ele transferido ao mesmo tempo em que não entra na série em que é colocado pelo paciente, que uma mudança de posição subjetiva se faz possível. Por isso, para Freud, as neuroses passíveis de realizar transferência (ou neuroses de transferência) são as únicas analisáveis. Essas neuroses englobam a histeria, a fobia e a neurose obsessiva.

Em contrapartida, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914) apresenta o termo “neurose narcísica”, o qual se refere às neuroses refratárias ao trabalho analítico por serem caracterizadas pela retirada da libido para o ego e, ou seja, por uma regressão ao narcisismo, o que as impossibilita de estabelecer transferência libidinal com o analista. A partir de então, a melancolia, que antes era apresentada com uma certa confusão etiológica em relação às neuroses de transferência, passa a ser classificada como uma neurose narcísica.

Até 1920, as neuroses narcísicas englobavam a melancolia, a esquizofrenia e a paranoia; e, mais tarde, a esquizofrenia e a paranoia serão incluídas no rol das psicoses, e as neuroses narcísicas passarão a englobar somente a melancolia.

No que se refere à transferência, Nasio (1999) apresenta uma concepção diferente da de Freud e defende que as neuroses narcísicas podem ser capazes de estabelecimento desta.

Apoiando-se na “Metapsicologia” de Freud, na qual ele estabelece quatro destinos para a pulsão – a sublimação, o recalçamento, o retorno para a própria pessoa e a mudança de objetivo ativo para objetivo passivo –, Nasio (1999) apresenta a transferência como um quinto destino possível. Segundo ele, a transferência seria o destino analítico da pulsão:

É preciso entender o termo geral de “transferência” como uma atividade pulsional, como um traçado pulsional que sulca uma terra deserta, uma terra que se tornará progressivamente um lugar, um vínculo: o vínculo da análise. Poderia resumir, dizendo: a transferência é, afinal, a história fragmentária de uma pulsão particular. (NASIO, 1999, p. 40)

Para Nasio, a transferência corresponderia à condição de lançamento pulsional do paciente em direção ao analista; à condição de estabelecer o vínculo da análise a partir desse lançamento.

Ademais, Nasio (1999, p. 32) defende que “as neuroses narcísicas podem, apesar de tudo, ser capazes de transferência”. De acordo com ele, um paciente, mesmo com uma neurose narcísica, passa por vários momentos durante um tratamento e haverá momentos nos quais ele terá condição de lançamento pulsional em direção ao analista, isto é, será capaz de transferência. Acrescenta, no entanto, que, frente a esses pacientes, há que se ter bom senso e traçar um plano terapêutico particular.

Portanto, a transferência, para Freud, corresponderia à condição de atualizar, na relação com o analista, antigos padrões relacionais e, para Nasio, à condição de estabelecer uma relação a partir do lançamento pulsional em direção ao analista. De qualquer forma, os fenômenos inconscientes que ao psicanalista são transferidos, bem como o lançamento pulsional que a ele é dirigido influenciam os sentimentos e percepções inconscientes deste, gerando o que foi chamado por Freud de contratransferência.

3.3.1.2 A contratransferência

Freud considerava a contratransferência como o resultado das influências exercidas pelo paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista. No texto “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, referindo-se a inovações na técnica psicanalítica, Freud (1910, p. 78) escreve:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da “contratransferência”, que, nele, surge como influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência em si mesmo, e a sobrepujará.

Assim, não são apenas os aspectos inconscientes do paciente que definem o processo analítico, mas também os do analista. O analista torna-se parte da relação analítica por afetar e ser afetado pela situação transferencial. Embora Freud tenha

apontado que o médico deveria sobrepujá-la, isto é, analisá-la e controlar seus efeitos, em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, Freud (1912) aponta que o inconsciente do analista é uma das principais ferramentas para a investigação do psiquismo do paciente, pois demarca seu papel de escuta da fala do paciente, de captação dessa fala.

Para Nasio (1999), a contratransferência é caracterizada pelo conjunto de obstáculos imaginários que se opõem à ocupação, por parte do analista, do lugar de objeto atrator da transferência: “[...] o termo “contratransferência” se define não no interior da relação do psicanalista com o seu paciente, mas na relação do psicanalista com o lugar de objeto.” (Nasio, 1999, p.106). Dessa forma, a contratransferência, para Nasio, corresponderia a obstáculos inerentes à assunção do analista de um lugar de objeto, de um lugar exterior, descolado das questões do paciente a ele dirigidas.

De qualquer forma, para ambos os autores, tanto a transferência quanto a contratransferência estão intimamente associadas à resistência ao tratamento.

3.3.1.3 A resistência ao tratamento

Freud utilizava o conceito de resistência para se referir a obstáculos que se impõem ao tratamento psicanalítico.

A primeira vez que o termo “resistência” apareceu na obra freudiana foi no relato do caso da Srta. Elizabeth von. R., no qual Freud diz: “No curso desse difícil trabalho, comecei a atribuir maior importância à resistência oferecida pela paciente na reprodução de suas lembranças” (FREUD, 1895, p.178). Desde então, Freud já havia constatado que algo se opunha ao acesso a certos conteúdos, e com base nessa constatação, em “Sobre a Psicoterapia”, Freud (1905, p. 276-277) escreve:

A revelação e a tradução do inconsciente ocorre em face de uma resistência contínua por parte do paciente. O processo de trazer esse material inconsciente à luz se acha associado ao desprazer, e, em vista disso, o paciente rejeita-o repetidas vezes.

Assim, segundo ele, o processo de desvendamento de conteúdos inconscientes sofre uma resistência contínua por parte do paciente, pois está associado ao aparecimento de ideias e afetos desagradáveis.

No entanto, em 1912, no texto “A Dinâmica da Transferência”, Freud aponta a transferência como a resistência mais poderosa ao tratamento. A partir de então, ele passa a conceber a transferência – que deveria ser unicamente a mola propulsora do tratamento, por possibilitar a atualização de laços pulsionais infantis e fornecer condições para que neles se opere mudanças – como também um obstáculo. Nesse texto, Freud (1912, p. 137) escreve:

A libido à disposição da personalidade do indivíduo esteve sempre sob a influência da atração de seus complexos inconscientes (ou, mais corretamente, das partes desses complexos pertencentes ao inconsciente), e entrou num curso regressivo devido ao fato de a atração da realidade haver diminuído. A fim de liberá-la, esta atração do inconsciente tem de ser superada, isto é, a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções, que entretanto estabeleceu no indivíduo, deve ser removida. Isto é responsável, de longe, pela maior parte da resistência [...].

Assim, há um empuxo no sentido de manter o paciente apresentando os mesmos complexos inconscientes e, portanto, a libido à disposição das mesmas características de sua personalidade. É a partir daí que ele estabelece uma relação entre resistência e transferência. Ele aponta que, quando algo do complexo patogênico serve para ser transferido para a figura do analista, essa transferência é realizada produzindo a associação seguinte e se anunciando por sinais de resistência (como, por exemplo, por uma interrupção nas associações que o paciente vinha realizando), e acrescenta:

Inferimos desta experiência que a ideia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz a resistência. Um evento deste tipo se repete inúmeras vezes no decurso de uma análise. Reiteradamente, quando nos aproximamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida com a maior obstinação. (FREUD, 1912, p. 138)

Quando emerge na consciência algo do complexo patogênico do paciente que é transferido para a pessoa do analista, a defesa atua com força maior. Ao se

questionar o motivo pelo qual a transferência serve de meio para a resistência, Freud responde da seguinte forma:

[...] a transferência para o médico é apropriada para a resistência ao tratamento apenas na medida em que se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. Se “removermos” a transferência por torná-la consciente, estamos desligando apenas, da pessoa do médico, aqueles dois componentes do ato emocional; o outro componente, admissível à consciência e irrepreensível, persiste, constituindo o veículo de sucesso na psicanálise, exatamente como o é em outros métodos de tratamento. (FREUD, 1912, p. 140)

Assim, a transferência serve de meio para a resistência quando ela for transferência negativa ou positiva de impulsos eróticos reprimidos. Se o analista remover essa transferência tornando-a consciente, ele somente a estará desligando de sua pessoa. Cabe a ele o manejo disso que é transferido, para que a transferência persista e, apesar da resistência a ela associada, possibilite que os conteúdos sejam interpretados e trabalhados.

Em “Recordar, Repetir e Elaborar”, Freud (1914) afirma que o emprego da interpretação de conteúdos inconscientes é usado para identificar as resistências e torná-las conscientes ao paciente. Contudo, acrescenta que existem casos nos quais o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação. Segundo Freud (1914, p. 196):

Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo.

Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico.

Portanto, há conteúdos que o paciente não reproduz como lembrança, mas repete-o, sem saber o que está repetindo, na relação com o psicanalista.

Ainda nesse texto, Freud (1914) aponta que outra forma de manifestação da resistência é, frente à regra fundamental de associar livremente, o paciente se calar ao invés de despejar um “dilúvio de informações”.

Mais adiante, em “Esboço de Psicanálise” (1938) Freud aponta dois novos fatores como fontes de resistência. Ambos são inconscientes e podem ser englobados sob a denominação de “necessidade de estar doente ou de sofrer”. O primeiro deles é o sentimento de culpa, que, segundo Freud (1938, p. 207): “Trata-se, evidentemente, da parte da resistência que é contribuição de um superego particularmente severo e cruel. O paciente não deve ficar bom, mas tem de permanecer doente, pois não merece melhorar”. O segundo diz respeito a pacientes nos quais o instinto de preservação foi invertido e que, assim, eles parecem visar à autolesão e à autodestruição. De acordo com Freud (1938, p. 208): “É de se presumir que, em tais pessoas, efetuaram-se desfusões de instinto de grandes consequências, em consequência do que houve uma liberação de quantidades excessivas do instinto destrutivo voltado para dentro”. Para Freud, esses pacientes não podem tolerar o restabelecimento mediante o tratamento psicanalítico e lutam contra ele com todas as suas forças.

Enquanto todos os aspectos anteriormente citados dizem respeito à resistência ao tratamento e, assim, a uma mudança de posição subjetiva por parte do paciente, a contratransferência refere-se às resistências por parte do analista frente à realização do trabalho.

A partir da vertente freudiana, a contratransferência é associada à resistência, pois, com base nela, o analista pode ser tomado por afetos e questões próprias e, assim, sucumbir à transferência a ele dirigida, e deslizar no manejo desta impossibilitando que o paciente se depare com suas próprias questões. Com base na concepção de Nasio, a contratransferência está associada à resistência, pois o analista pode resistir a colocar-se no lugar de objeto atrator da transferência.

Portanto, o tratamento psicanalítico é um trabalho realizado entre duas pessoas, analista e analisando, no qual uma (o analisando) é convidada a deitar-se no divã e associar suas ideias livremente e a outra (o analista) a auxilia no processo de remoção de suas resistências e de acesso a conteúdos inconscientes que a mantêm numa posição de sofrimento frente à vida e frente às relações. O trabalho é permeado pela transferência, a qual é indissociada da contratransferência e, embora ambas sejam o motor para o sucesso do trabalho, representam também as maiores fontes de resistência a ele.

No decorrer desta pesquisa, desenvolvemos a hipótese de que o sofrimento psíquico que subjaz no psiquismo de mulheres com anorexia é a melancolia e que, frente a tamanho apego ao ego ideal, as moças anoréxicas posicionam-se frente à vida e às relações como autossuficientes e desprovidas de sofrimento. Vimos ainda que o fracasso do masoquismo erógeno nelas presente acarreta uma desintrincação entre as pulsões de vida e de morte, fazendo com que as pulsões de morte sejam excessivamente dirigidas para o interior do organismo levando a uma autodestrutividade exacerbada. Ao averiguarmos o que seria a resistência ao tratamento, nos deparamos também com o apontamento de Freud de que nos pacientes nos quais houve a des fusão pulsional não há tolerância ao restabelecimento mediante o tratamento psicanalítico e sim uma luta contra ele com todas as forças.

Considerando a possibilidade de nossa hipótese se confirmar, como ficamos diante de todos esses impasses? Se confirmada ou não, no texto “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913, p. 186) afirma que: “A força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina”, e o que é explícito no comportamento dessas moças é um desejo de não curar-se (pois curar-se implicaria ganhar peso e isso é tudo que elas não querem).

A questão que nos fica é: de que forma podemos intervir para que possamos auxiliá-las a ter voz e a poder colocar palavras no seu grito em prol de existir para que não sejam tão tomadas pela autodestrutividade e precisem dar-se a morrer?

3.3.2 A abordagem psicanalítica da anorexia

A metapsicologia freudiana foi toda baseada no trabalho com psiconeuroses e, embora consideremos a anorexia como podendo ser manifestação de uma histeria ou de uma neurose obsessiva feminina, a hipótese aqui sustentada é a de que ela é resultante de um padecimento melancólico, caracterizado pelo conflito entre ego e superego e, sendo assim, resultante de experiências não realizadas; e não de um conflito entre id e ego, isto é, resultante de conteúdos reprimidos. Assim, para averiguarmos como se pode realizar um trabalho de abordagem psicanalítica com essas meninas/mulheres, caso nossa hipótese se confirme, tivemos que buscar auxílio em autores pós-freudianos que realizaram suas próprias construções

baseadas no legado de Freud, bem como em suas próprias experiências clínicas, pois, como vimos anteriormente, Freud considerava as neuroses narcísicas não passíveis de estabelecer transferência, ou seja, refratárias ao tratamento psicanalítico.

3.3.2.1 As condições para que o trabalho se faça possível

De acordo com Cobelo, Gonzaga e Weinberg (2010) a proposta de tratamento psicanalítico dos Transtornos Alimentares é complexa e exige do analista modificações no enquadre e conhecimento específico das peculiaridades das patologias. No entanto, a formação clássica do psicanalista não pode ser dispensada. De acordo com as autoras:

[...] a psicanálise, em seus moldes tradicionais, requer adaptações ao ser eleita como terapêutica no tratamento dos transtornos alimentares. Sem dispensar a formação clássica do psicanalista no manejo dos recursos técnicos e metodológicos (transferência, abstinência, atenção flutuante e análise da contratransferência, resistências, etc.) esses quadros exigem certa adequação da técnica e do enquadre. (COBELO, GONZAGA; WEINBERG, 2012, p. 272)

As sugestões de mudanças no enquadre tradicional por nós encontradas foram:

3.3.2.1.1. O contrato

Um analista de formação clássica estabelece condições especiais de contrato através das quais analista e paciente prometem comprometer-se a certas condutas e cumprir seu compromisso. Segundo Deutsch (2008, p. 20), o contrato trata de “[...] um ato de vinculação que deve ser sustentado como condição de base para que a vida da paciente, seu desejo de cura e o trabalho associativo, interpretativo e de elaboração que constituem o processo psicanalítico, possam ter lugar”.

No que se refere ao contrato, ao ato de vinculação a ser estabelecido com pacientes anoréxicas, Jeammet (2008) aponta que colocar um certo número de exigências e inscrever um certo número de limites implica uma diferenciação entre

elas e os outros (o que é indispensável à sua evolução) e sugere um contrato de peso:

Nossa experiência é que impor-lhes um certo número de medidas terapêuticas, como por exemplo um contrato de peso, e se ele não puder ser respeitado, a hospitalização com a separação do meio familiar tem um efeito mobilizador importante. É o sentido que damos ao estabelecimento do contrato com estas pacientes, encarado como um estímulo destinado a fazê-las movimentarem-se e saírem da rigidez de sua recusa e negação. O contrato, pelas exigências que introduz, desempenha o papel de uma suplência de uma função terceira e de um papel paterno, com frequência bastante apagado em um processo de distanciamento e autonomização em relação à figura materna. (JEAMMET, 2008, p. 46)

Um contrato de peso seria, para Jeammet, um contrato um tanto rígido que, caso não seja respeitado, acarreta em hospitalização e separação da família. O objetivo desse contrato de peso é fazê-las movimentarem-se e saírem da rigidez com a qual se apresentam, pois, tendo a função de mediar a relação entre elas e o analista, as exigências do contrato desempenham a função de suplência da função paterna, a qual, como vimos nessa pesquisa, é frequentemente bastante apagado nos casos de anorexia.

3.3.2.1.2 O divã

Para Cobelo, Gonzaga e Weinberg (2010), o uso do divã não é recomendado para pacientes com essa problemática. As autoras defendem a posição face a face:

[...] esses pacientes não se beneficiam do uso do divã, sendo a posição face a face a mais recomendada, uma vez que precisam ser vistos pelo analista e usá-lo em sua função de espelho pelo menos até que sua capacidade simbólica seja restaurada. (COBELO, GONZAGA & WEINBERG, 2010, p. 272)

De acordo com as autoras, a posição face a face possibilita que o analista seja usado como função de espelho, que o olhar deste (um olhar delicado, que não seja inquisidor, abusivo, intrusivo e incestuoso como o olhar materno) devolva às pacientes sua imagem, possibilitando a apropriação desta até que tenham maior condição de apropriarem-se de suas falas, bem como de suas histórias.

3.3.2.1.3 A interpretação

Bruch (1973) aponta que uma interpretação do discurso das pacientes anoréxicas, isto é, revelar à paciente aquilo que ela desconhece de si, pode reproduzir o lugar que ela ocupa frente aos pais e ter efeitos persecutórios:

Isso acaba representando, na transferência, a repetição da relação de dependência do paciente com seus pais, como se ele constatasse algo como: “minha mãe/analista sempre sabe como me sinto”. Uma interpretação sobre as dificuldades do paciente, no sentido de denunciá-las para ele, compreendendo como se sente, muitas vezes tem efeitos persecutórios, vindo a confirmar e reforçar o seu senso de inadequação e ineficácia. (BRUCH, 1973, p. 336)

Para o autor, esses efeitos persecutórios reforçariam o senso de inadequação das pacientes. Brusset (2008) concorda que a interpretação pode ser insuportável para essas pacientes, acarretando defesas que podem, inclusive, levar à interrupção do tratamento:

Com frequência, a interpretação, sentida como uma ação insuportável do outro sobre si e em si, não suscita recusa alguma nem revolta, mas acarreta, se não a fuga e a interrupção da terapia, o reforço das defesas pelo vazio, pelo nada, pelo nada a dizer, pelo empobrecimento não apenas do material em sessão, mas da vida psíquica, relacional e social da paciente: a morosidade mais do que a depressão, a retirada dos investimentos mais do que a angústia. (BRUSSET, 2008, p.143)

Assim, o que se sugere é que o analista não interprete, mas que tenha uma postura mais ativa, sem ser antecipatória e intrusiva, resguardando a neutralidade inerente à sua função. Recomenda-se também que o silêncio não seja excessivo para que uma sensação de inquisição e de desamparo não as leve a se defenderem ainda mais. Brusset (2008) recomenda, ainda, que, para manter a atividade de pensar e falar, o material das sessões anteriores seja rememorado:

Ao evitar o duplo risco do excessivo e da rejeição, falando em excesso ou muito pouco, é, com frequência, necessário fornecer um tipo de apoio, lembrando o material das sessões anteriores e mantendo a atividade de pensar e falar. O enquadre tornado metáfora concreta das atitudes e da fala do analista pode ser investido como um envelope protetor, de forma que as

intervenções deste não mais sejam percebidas como intrusivas e perigosas, mas como um continente psíquico. (BRUSSET, 2008, p. 144)

Como consequência da delicadeza que o autor sugere que o analista tenha, o enquadre pode representar um envelope protetor, um continente psíquico para que as pacientes se possibilitem falar sem se sentirem ameaçadas de intrusão.

3.3.2.2 *Um trabalho de refusão pulsional e de reconstrução do autoerotismo*

Como já visto no decorrer desta pesquisa, a anorexia pode representar um substituto objetal, cuja perda poderia colocar essas pacientes em uma situação de desfazimento. O objetivo do trabalho analítico com essas pacientes terá que ser o de possibilitar uma refusão pulsional para que o autoerotismo possa paulatinamente ser reconstruído e, assim, elas tenham condição de estabelecer relações objetais sem sentirem-se ameaçadas de destruição. A tentativa, por parte do analista, terá que ser a de realizar *a posteriori* aquilo que não pode ser realizado pela função materna durante a primeira infância dessas meninas/mulheres. Tomando como ponto de partida as mudanças de enquadre anteriormente citadas, somos levados a questionar o que mais deve ser feito para que isso seja possibilitado.

Primeiramente, o que a elas terá que ser oferecido é uma possibilidade de fala que possa vir a desencadear um trabalho de internalização. No entanto, Jeammet (2008) aponta que essa possibilidade de fala e de atividade associativa que a elas é dada permite um trabalho de internalização que implica a confrontação com um risco depressivo:

Com efeito, permitir-se um trabalho de internalização, e mesmo deixar-se levar por uma atividade associativa, é abandonar-se ao surgimento do desconhecido e confrontar-se inevitavelmente com o risco depressivo. As anoréxicas se defendem dele melhor do que as bulímicas. Elas têm a possibilidade de provar, para si, por sua atitude, que o objeto não poderia faltar-lhes, já que elas não precisam de nada, pois são mais fortes do que suas necessidades, como o comprova o fato de elas serem capazes de obter satisfação da não-satisfação de suas necessidades. É esta ligação com suas emoções assim reprimidas que as remeteriam à ligação objetal perigosa, e que o trabalho psicoterápico terá por tarefa recriar. (JEAMMET, 1999, p. 38)

Para o autor, embora as anoréxicas se defendam do risco depressivo muito bem, é o acesso às emoções que remeteriam à ligação objetal perigosa que terá que ser recriada pelo trabalho com o analista; e isso, inevitavelmente, implica deparar-se com tal risco.

Pensar nesse risco depressivo nos remete ao conceito de “depressividade” apresentado por Pierre Fédida no livro *Dos benefícios da depressão: elogio da Psicoterapia*. Para esse autor, a depressividade refere-se à constituição da experiência da perda, experiência que é elaborada pela criança no jogo do *fort-da*, por exemplo. Esse jogo é apresentado por Freud no texto “Além do Princípio do Prazer” (1920), no qual ele relata que percebe a brincadeira que seu neto realiza com uma bobina, fazendo-a sumir e reaparecer, e que a interpreta como sendo uma tentativa por parte do menino de interiorizar a ausência materna (o que, como vimos, não foi possível para as anoréxicas). Sobre a depressividade e sua relação com a constituição da experiência da perda, Fédida (2009, p. 28-29) escreve:

O que estou chamando aqui de depressividade ou de capacidade depressiva pode se aparentar à “capacidade depressiva” segundo Melanie Klein, mas refere-se em primeiro lugar à constituição da experiência da perda e da transformação da vivência interior por ela. O famoso jogo da bobina (*fort-da*) consiste, como sabemos, em fazer desaparecer e reaparecer o objeto, a fim de interiorizar a ausência do outro. E Winnicott ressaltou quanto a capacidade depressiva (que reencontramos na experiência psíquica do retraimento) é geradora de uma atividade criativa de pensamento e ilusão: a descoberta da ausência como volta da presença é, de fato, a modalidade primordial da existência do outro como liberdade de si.

Apoiando-se nos escritos de Winnicott, Fédida reitera que a depressividade, ou capacidade depressiva, por ser descoberta da ausência como retorno na presença (como no jogo do *fort-da*), inscreve a real existência do outro – a qual implica uma liberdade de si – e gera uma atividade criativa de pensamento. Em seguida, aponta que essa depressividade é de natureza autoerótica e pode ser constituída na análise por intermédio da linguagem: “[...] uma das tarefas da análise é constituir, ou reconstituir, com a linguagem, uma depressividade de natureza autoerótica”. (FÉDIDA, 2009, p. 30)

Assim, podemos pensar que a depressividade é de natureza autoerótica, pois dá recursos para a paciente interiorizar a perda do objeto, amalgamar as pulsões de

vida e de morte e vir a estabelecer relações objetais. A questão que nos fica é: como isso pode ser realizado por intermédio da linguagem?

De acordo com Fédida (2009), a partir da capacidade que o paciente vai adquirindo de utilizar a palavra para denominar o que sente, ele descobre que sua fala não visa somente relatar seu sofrimento, mas também apropriar-se de seus afetos:

Durante uma psicoterapia analítica, o paciente adquire progressivamente a capacidade autônoma de denominar os afetos geralmente ensurdecidos pelo estado do qual ele se queixa: de alguma forma, ele descobre que a fala junto ao analista não visa somente expressar um sofrimento psíquico, mas principalmente permitir-lhe apropriar-se daquilo que ele sente, por intermédio das palavras pelas quais designa a vivência de seu estado. (FÉDIDA, 2009, p. 49)

É a partir da apropriação dos afetos que uma separação entre eu e outro pode ser realizada. Por isso a linguagem possibilita uma depressividade de caráter autoerótico.

Fernandes (2012) concorda que é uma escuta de si mesmas que o trabalho analítico pode possibilitar às jovens anoréxicas. Sobre isso, ela escreve: “Contar de si é também e essencialmente uma forma de se escutar! É a uma escuta de si mesmas que o trabalho analítico deve poder levar essas jovens” (FERNANDES, 2012, p. 330). A autora não usa o conceito de depressividade, mas diz que é a fala da paciente investida pela fala do analista que vai possibilitar que elas deixem de ter um corpo recusado para terem um corpo libidinizado e, assim, apropriado:

É esse passeio pelo corpo da anoréxica, a passos lentos e delicados, que vai permitir uma passagem do corpo recusado ao corpo libidinizado, investido pela presença e pela palavra do analista. (FERNANDES, 2012, p. 330)

Consequentemente, o que pode possibilitar que o autoerotismo seja inscrito, seja a partir da concepção de Fédida que defende a depressividade, seja a partir da concepção de Fernandes, que defende a libidinização do corpo a partir da relação com o analista, é a transferência. Sobre isso, Fédida (2009, p. 48) escreve:

E é precisamente a transferência – formação por excelência do autoerotismo – que outorga ao outro o valor de uma “presença em pessoa”, cuja sensibilidade evita qualquer intrusão destrutiva por excesso de manifestação de presença pessoal. Então, o interesse adquirido pelo termo “autoerotismo” – em relação com a depressividade – já é aquele que ele comporta em sua significação.

Fernandes (2012) refere-se à função de para excitação que, como vimos, não foi exercida adequadamente pela mãe no início da vida dessas jovens, o que acarretou no fracasso do masoquismo erógeno e numa falha de inscrição do autoerotismo:

O que vai permitir ao analista exercer a função de para excitação em sua tripla dimensão e assim criar as condições de possibilidade para que essas jovens possam introjetar essa função, é a transferência. (FERNANDES, 2012, p. 334)

Portanto, para Fernandes (2012), cabe ao analista exercer a função de para excitação para reconstituir, no movimento transferencial, o autoerotismo e, assim, a história libidinal da paciente. Segundo a autora: “É essa reconstrução que permite estabelecer a ligação entre essas jovens e seus corpos e, assim, entre elas e seu desejo” (FERNANDES, 2012, p. 334)

3.3.2.3 *A transferência com pacientes anoréxicas*

Como vimos no início deste capítulo, a transferência, para Freud, corresponde à atualização de conteúdos inconscientes na relação com o psicanalista. Vimos também que o que é reproduzido nessa relação é a relação que o paciente tem/teve com os pais. Considerando que o pai da anoréxica é um pai que não exerceu satisfatoriamente sua função de terceiro separador, concluímos que a relação que essas jovens reproduzem na transferência é a mesma que mantêm com suas mães. É com base nisso que o analista deve agir, num trabalho de tentativa de inscrição na paciente do que pela mãe não foi inscrito. Para tanto, é necessário muita delicadeza e paciência por parte do analista, pois o controle onipotente que essas jovens têm sobre o corpo se repete na transferência sob forma de tentativa de controle onipotente do que se passa nas sessões.

Fernandes (2012, p. 329), referindo-se ao que se repete na relação com o analista, escreve:

O controle onipotente sobre o corpo repete a relação experimentada com a mãe e é essa relação que se repete na transferência. Uma relação marcada por ausência e intrusão, desamparo e desesperança, o que exige do analista delicadeza e paciência, não pode ter pressa.

Assim, a dificuldade de diferenciação entre elas e a figura materna vai se manifestar na relação com o analista e assinalar a complexidade da condução do processo analítico com essas jovens. A autora aponta que, frente a isso que se repete nessa relação, o analista deve exercer a tripla dimensão da função de para excitação: proteção, mediação e libidinização:

São essas modalidades relacionais e as vicissitudes de um equilíbrio narcísico-objetual precário que se atualizam na repetição transferencial. As dimensões paradoxais dessa transferência – fascínio e horror, amor e ódio, vida e morte – solicitam do analista, à semelhança da alteridade materna, que este possa exercer uma função de para excitação em sua tripla dimensão de proteção, mediação e libidinização, permitindo à situação analítica funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo. (FERNANDES, 2012, p. 333)

Os paradoxos fascínio e horror, amor e ódio, vida e morte que são atualizados na transferência, solicitam ao analista – assim como servem para solicitar à mãe – que ele realize a função de para excitação.

Sobre a transferência de sentimentos positivos e afetuosos, e os efeitos que isso pode ter no trabalho realizado com essas jovens, Jeammet (1999, p. 39) escreve:

[...] a partir do momento em que elas têm uma relação de prazer com alguém, a partir do momento que têm uma relação de proximidade, isto constitui uma ameaça narcísica. Esta situação é responsável por muitos mal-entendidos durante as psicoterapias. Com efeito, encontra-se frequentemente psicoterapeutas satisfeitos com a forma com que o tratamento se desenrola e cuja transferência se instala, enquanto a família, e eventualmente o médico, se inquietam com um agravamento do estado da paciente. Ora, parece-me que, em tais casos, na maioria das vezes, todos os protagonistas têm razão, e é justamente por que o tratamento psicoterápico se instala que se cria um investimento transferencial importante, que a paciente se protege deste investimento por um reforço de seu comportamento.

O autor declara que uma relação de prazer e proximidade estabelecida com o analista pode levar a um reforço do comportamento anoréxico como uma forma de se proteger dessa relação que pode fazer com que elas se sintam ameaçadas, pois remeteria à proximidade insuportável sentida junto à figura materna. Voltemos, portanto, a Fernandes (2012), que nos diz que é necessário ter delicadeza e paciência para que, pouco a pouco, elas, ao invés de sentirem-se ameaçadas pela relação transferencial, se sintam protegidas por ela.

No que se refere à transferência de sentimentos hostis e agressivos, Jeammet (1999, p. 45-46) assinala a importância de não se responder a esse tipo de atualização:

Elas nos solicitam, assim, em um duplo nível de violência, que seria tanto esperar que elas manifestem uma demanda e deixá-las face a si mesmas, quanto o oposto, querer entrar em uma luta de poder com elas, em que se procuraria mostrar-lhes que vamos dobrá-las e que somos mais fortes do que elas.

Segundo ele, elas convocam o analista num duplo nível de violência: esperar que elas manifestem uma demanda para recusá-la e entrar num cabo de guerra para mostrar-lhes maior força. Responder a essas convocações corresponderia a entrar na série psíquica na qual o analista é colocado: a posição da mãe. Para possibilitar mudança de posição subjetiva, é necessário não responder à solicitação.

Corroborando a ideia de Jeammet, Brusset (1999) também aponta para a necessidade de não se responder às variações de humor e às agressões das pacientes. Ressalta, ainda, a importância de o analista manter uma atitude previsível e confiável (o que nos remete ao “envelope reparador” mencionado por ele e utilizado por nós no tópico referente ao enquadre do trabalho):

[...] assinalamos a dimensão materna reparadora de uma atitude sempre previsível e confiável da constante atenção e benevolência mantida a despeito das variações de humor e das agressões da paciente, que nem por isso são ignoradas. (BRUSSET, 1999, p.145)

Todavia a atitude previsível e confiável não é sinônimo de ignorar o que por elas é manifestado.

Tratando da possibilidade de ignorar as variações de humor, bem como da agressividade (que é uma manifestação da pulsão de morte, que se manifesta a partir da destrutividade de si e do outro), Scazufca e Berlinck (2004) referem-se a Bruch dizendo que esse autor evita entrar em contato com a destrutividade desses pacientes a partir do método terapêutico que ele denominou “uso construtivo da ignorância”, o qual tem como objetivo estimular o surgimento das capacidades próprias de seus pacientes pensarem por si mesmos. No entanto, referem-se ao autor para discordar dele e apontam que a vivência da destrutividade é fundamental para o tratamento da anorexia: “[...] faz-se necessário pensar como a vivência da repetição ocorrendo na transferência, a vivência da destrutividade, é fundamental para o tratamento dessas patologias”. (SCAZUFCA; BERLINCK, 2004, p. 94)

Pensamos que a vivência da destrutividade na transferência é fundamental, pois é reflexo da possibilidade de externalizá-la, é consequência de, pelo menos, um esboço de fusão das pulsões de vida e de morte, acarretando no não direcionamento da agressividade unicamente para si.

Fernandes (2012) refere-se também à destrutividade que vem de dentro e acaba por se manifestar na transferência e acrescenta que é justamente quando a vivência transferencial sai de seu congelamento inicial que o vínculo com o analista se torna ameaçador e pode vir a desencadeá-la:

Na clínica da anorexia e da bulimia, a destrutividade assume, muitas vezes, contornos dramáticos, por colocar em evidência a potência da destruição que vem de dentro, do interior do próprio sujeito, mas também por assinalar o potencial destrutivo no interior da transferência. É justamente quando a vivência transferencial começa a movimentar-se, saindo do seu congelamento inicial, que é o próprio vínculo com o analista que se torna algo potencialmente destrutivo e ameaçador. (FERNANDES, 2012, p. 321)

Com base na citação de Fernandes e retomando a citação de Scazufca e Berlinck (2004), podemos pensar que a vivência da destrutividade está justamente repetindo a relação com a mãe, isto é, tornando-se ameaçadora por conta da proximidade; e é a partir de então que a transferência deve ser manejada no sentido de possibilitar que essa destrutividade seja vivenciada como algo que possa ser apropriado, colocado em palavras e que tenha função mediadora entre a paciente e o mundo exterior.

A transferência no trabalho com essas jovens, por ter a função de possibilitar a instauração de um limite entre eu e outro, entre dentro e fora, entre vida e morte, demanda do analista uma sensibilidade muito grande para dosar proximidade e distância, silêncio e palavra:

O difícil na condução do processo analítico dessas jovens é encontrar a justa medida, é conseguir dosar proximidade e distância, silêncio e palavra. Elas não podem ficar sem o alimento psíquico da proximidade do analista, nem toleram ficar expostas à excitação excessiva de sua presença, se ela se fizer próxima demais. (FERNANDES, 2012, p. 327)

Para que essa dosagem possa ser bem estabelecida, é de fundamental importância a análise dos aspectos contratransferenciais aí implicados.

3.3.2.4. *A contratransferência com pacientes anoréxicas*

A experiência contratransferencial é fundamental nos atendimentos das jovens anoréxicas, pois serve como reguladora do difícil equilíbrio entre proximidade e distanciamento, entre silêncio e palavra. Segundo Holcberg (2002), a reação contratransferencial que acompanha esses atendimentos oscila entre uma ausência de pensamentos e uma enxurrada de interpretações possíveis, o que nos remete ao excesso da presença materna em contraste com o vazio através do qual essas pacientes se apresentam. Ainda, segundo esse autor:

É de extrema importância estar atento a essas oscilações contratransferenciais, pois muitas vezes elas são a única maneira de não permanecer capturado pela aridez do relato do paciente. O analista é responsável por manter o campo aquecido e alimentado, ainda que isso se restrinja à sua própria pessoa, nesse primeiro momento. (HOLCBERG, 2002, p. 133)

Assim, cabe ao analista estar atento às oscilações contratransferenciais para não se deixar capturar pela aridez do relato dessas jovens e manter o enquadre aquecido, mesmo que, a princípio, a paciente não adira a ele.

Referindo-se à sensibilidade necessária a essa função, Gurfinkel (2010) aponta que o que essas jovens atuam na transferência, convoca o analista em suas próprias vivências e que o caminho a ser percorrido por ambos na relação deve ser

permeado pela percepção e elaboração do que nela se passa, não só por meio da palavra, mas também dos gestos, dos olhares e das sensações somáticas:

A clínica dos sintomas alimentares frequentemente coloca o analista diante de vínculos e linguagens muito primitivos, que nos remetem aos primórdios da vida e da alimentação. Estes vínculos são atuados na transferência, convocando o analista em suas próprias vivências e colocando em cena dois corpos em funcionamento. Justamente porque nem sempre é possível para o analista captar conscientemente aquilo que acontece na relação transferencial, o tratamento introduz a ambos em uma longa jornada de percepção e elaboração do que se passa nesse vínculo, não só por meio da palavra, mas dos gestos, dos olhares e, até mesmo, das sensações somáticas. (GURFINKEL, 2010, p. 71)

Para tanto, é necessário que o analista não fique colado a um ideal de referencial teórico para não reproduzir a aridez já apresentada pelas pacientes. Para Fernandes (2012), é a adesão idealizada do analista ao seu referencial que o impede de sensibilizar-se frente ao sujeito que ali está e recriar a teoria a partir do que se apresentar:

Não se pode deixar de salientar que um dos obstáculos à escuta do analista é sua representação idealizada dos modelos teóricos disponíveis, isto é, seu anseio de se conduzir conforme o modelo escolhido. É a adesão idealizada do analista à teoria que o impede de recriá-la através da sua escuta. (FERNANDES, 2012, p. 324)

Para a autora, se o analista cola na teoria, esta deixa de ter sua ficcionalidade instrumental.

Assim, remetendo-nos ao poeta Renê Char, que diz que “Um poeta deve deixar vestígio de sua passagem, e não provas. Só os vestígios fazem sonhar”, pensamos que, ao exercer sua função, o analista deve deixar vestígios de sua presença para que, deixando-se tocar por eles, essas jovens se apropriem de seus corpos e de suas histórias, tornando-se delas ficcionistas e podendo, então, desejar e sonhar.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Para este estudo foram analisadas as entrevistas, buscando-se identificar os conteúdos significativos das falas dos sujeitos entrevistados. O método foi baseado na redução em unidades significativas seguindo quatro passos (GIORGI, 1985): 1) leitura de todos os dados colhidos para apreender o sentido geral; 2) discriminação das unidades de significado com foco no fenômeno pesquisado; 3) agrupamento por temas como categorias abertas; 4) realização da descrição das categorias e *insights* contidos nas unidades de significado sintetizadas no terceiro passo.

Os conteúdos significativos foram compilados em tabelas de unidades de significado. A primeira tabela traz as unidades de significado advindos das entrevistas com Patrícia, a segunda das entrevistas com Kelly, e a terceira das entrevistas com Tatiana.

4.1 TABELAS DE UNIDADES DE SIGNIFICADOS

4.1.1 Patrícia

UNIDADE DE SIGNIFICADO	FALA	ESTRUTURA GERAL DOS SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS
Um corpo transf(t)ornado	Quando eu tinha uns quatorze, quinze anos, minha professora de balé me falou que eu estava gorda para ser bailarina e que eu tinha que emagrecer, aí eu parei de comer. Por exemplo, teve um dia no qual comi apenas dois camarões o dia inteiro. Eu tenho 1,71 de altura e cheguei a pesar 36__kg. Meus pais nem percebiam que eu não comia e que estava emagrecendo, se percebiam não falavam nada.	Patrícia diz ter parado de comer e emagrecido radicalmente após a demanda de sua professora de balé para que emagrecesse, e acredita que seu emagrecimento não foi percebido por seus pais. Além disso, atribui ao pai a responsabilidade por ela ter se tornado um ser humano, pois lembra de não ter tido noção do próprio corpo quando criança. Acredita que o desamparo sentido diante da ausência do pai quando ele estava preso a levou a realizar cortes nos próprios braços
	Lembro que quando eu era criança, eu não tinha noção do meu corpo, nem da minha altura e nem de sensações como frio e calor. Acho que foi meu pai que fez com eu me tornasse um ser humano.	
	Quando eu tinha dezesseis anos e meu pai foi preso porque era auditor da Polícia Federal e não quis relatar	

nomes de envolvidos em corrupção por temer pela própria vida e também pela minha vida, da minha irmã e da minha mãe, lembro que passei o dia inteiro sentada numa poltrona olhando pro nada. Nos oito meses que ele ficou preso, eu fiquei tão mal e tão desamparada que, às vezes, cortava os meus braços com faca.

Relações familiares

Minha mãe é muito preocupada com aparências e minha casa é como minha família: a sala de entrada é extremamente arrumada e impecável e os cômodos de dentro são uma bagunça. Minha mãe não sai de casa para nada, apenas para ir à padaria de vez em quando, e eu, minha irmã e meu pai somos a única fonte de relação que ela tem com o mundo externo. Nem se relacionar com os familiares dela ela faz, brigou com quase todos. Minha mãe vive falando que o mundo é cruel e as pessoas interesseiras.

A lembrança que tenho da minha mãe na minha infância é de uma mulher com enxaqueca, trancada num quarto escuro. Meu pai vivia pedindo para eu e minha irmã não fazermos barulho para não atrapalharmos minha mãe.

Cresci ouvindo minha mãe xingar minha irmã e dizer que tinha vergonha dela porque ela era obesa, e decidi que seria o negativo da minha irmã.

Quando eu era criança minha mãe era muito amável, meu pai fala que ela amamentava e cuidava de mim. O problema foi depois dos seis anos, pois minha mãe falava que depois dos seis anos as asas caíam e as crianças deixavam de ser anjos. Chorei muito quando menstruei pela primeira vez, quando tinha doze anos, pois sabia que não era mais criança. Acho que me sentia culpada por ter crescido, e penso que ter me tornado anoréxica foi a forma que encontrei de manter meu corpo infantil.

Minha referência na minha vida é meu pai. Ele é maravilhoso, honesto, generoso, nunca fala algo que não seja sensato e é muito perseverante,

Patrícia faz um paralelo entre sua casa e sua família e afirma que ambas são aparentemente impecáveis, mas bagunçadas em seu interior. Percebe a mãe como uma pessoa com dificuldades de relações interpessoais e que acredita que o mundo é cruel e que as pessoas são interesseiras. Na infância ela e a irmã mais velha tinham que fazer silêncio para não atrapalharem a mãe, que sofria com enxaquecas e ficava trancada em seu quarto. Após ouvir constantemente que a mãe tinha vergonha da irmã por ela ser obesa, Patrícia diz ter decidido ser o negativo desta.

Patrícia acredita que se sentia culpada por ter crescido e deixado de ser um anjo para sua mãe e pensa que ter se tornado anoréxica foi a forma que encontrou de manter seu corpo infantilizado.

Acrescenta que sua referência na vida é seu pai e menciona um traço identificatório com este: é perseverante como ele.

Além disso, diz saber que hoje é amada pela mãe e compreender que ela dá o que tem para dar e que quer o seu bem, embora se preocupe com o que os outros pensarão dela quando algo dá errado para Patrícia.

sempre recomeçou após os tombos que levou na vida. Sou perseverante como ele.

Hoje sei que sou amada pela minha mãe, e entendo que ela me dá o que tem pra dar e que ela quer o meu bem. Ela sente minhas conquistas como se fossem dela própria, o único problema é que quando alguma coisa dá errado, ela sempre fala: "E agora, o que os outros vão pensar de mim?"

Relações fora do âmbito familiar

Quando eu era criança, não falava nem socializava com colegas da escola. Ficava sentada no balanço do parquinho com as mãos sobre as orelhas. Duas coordenadoras de duas diferentes escolas ligaram para os meus pais para dizer que suspeitavam que eu era autista.

Nunca tive namorados e nem sei se um dia cheguei a me apaixonar. Sei que já tive relações simbióticas com algumas garotas e obsessões por alguns rapazes, mas não sei se já me apaixonei.

Eu só comecei a ter relações mais saudáveis depois que comecei a fazer Nutrição. Foi na faculdade que percebi que as pessoas comiam e podiam ser legais, diferente do que minha mãe sempre falava.

Patrícia diz que era uma criança que não socializava com colegas, e que as coordenadoras de algumas escolas que frequentou suspeitaram que ela fosse autista. Diz nunca ter tido namorados e não saber se já chegou a se apaixonar, embora já tenha tido relações simbióticas com algumas garotas e obsessões por alguns rapazes. Acrescenta que após ter ingressado na faculdade passou a ter relações mais saudáveis.

Um (pseudo) lugar dado pelo outro: o balé e a religião

Eu tinha que ser magra, se quisesse continuar a ser bailarina eu tinha que ser magra, aí emagreci.

Nas escolas de balé eu sempre me senti tendo um lugar. As pessoas sempre me disseram que eu era excêntrica, mas eu tinha um lugar, e por um bom tempo eu achava que dançar balé era a única coisa que eu poderia fazer na vida.

Em 2008 entrei para uma facção religiosa muito radical. Foi uma amiga que me convidou e eu aceitei. Ia às missas todos os dias e permitia que eles (os membros da facção) controlassem tudo o que eu fazia, lia e assistia. Me sentia bem, me sentia tendo um lugar.

Patrícia diz que para fazer parte do grupo de balé e da facção religiosa para a qual entrou, fazia o que eles demandavam: emagreceu para poder continuar sendo bailarina e permitiu que os membros da facção religiosa controlassem o que ela fazia, lia e assistia para continuar pertencendo à facção. Diz que nesses grupos sentia-se tendo um lugar.

No entanto, após uma viagem para a Europa para dançar balé, percebeu que não queria mais ser bailarina nem pertencer à facção religiosa. Lá decidiu que queria fazer faculdade e cogitou a possibilidade de constituir uma família.

Aí em 2009 fui para a Europa dançar balé e fiquei hospedada na casa de um integrante dessa facção. Foi lá que eu percebi que não queria mais que os outros me controlassem e que não queria ser bailarina pro resto da vida. Ficou muito claro pra mim que as bailarinas são anoréxicas e ascéticas. Elas não comem, pois devem ser leves no palco. Quanto menos peso elas têm, menos existem e menos sofrem. Elas vivem para dançar e não-comer, e são aplaudidas, endeusadas. Lá na Europa eu decidi que queria fazer faculdade e, quem sabe um dia, ter uma família.

Relações entre os outros da família.

Meus pais se relacionam de uma forma simbiótica, parece que se fundiram. Nem sei se eles têm relações sexuais, pra mim eles são assexuados.

Minha mãe tem uma relação muito conturbada com a minha avó. Minha avó é muito exigente e fria, não demonstra nenhum tipo de afeto. Mas até hoje minha mãe carrega a sombra dela. Quando eu decidi parar de fazer balé clássico e fazer balé contemporâneo, minha mãe falou: "E agora, o que será que a sua avó vai pensar?".

Patrícia percebe uma relação de simbiose entre seus pais, dessexualizando-os. Sua mãe carrega a sombra de sua avó, percebida como fria e exigente e preocupa-se com o que a avó pensa dela.

Aspectos transferenciais

Não estou muito confortável em ser entrevistada por você, sinto vergonha do que você possa vir a pensar; mas aceitei contribuir com a sua pesquisa porque quero ajudar outras garotas a não passarem pelo mesmo que eu passei.

Tenho vergonha da minha estranheza e tenho medo que você me ache muito estranha.

Observação: Quando a pesquisadora intervinha no relato da entrevistada colocando algumas questões, ela olhava para a pesquisadora seriamente respondia ríspidamente a questão colocada e continuava seu relato do ponto no qual havia sido interrompida.

Patrícia diz que aceitou ser entrevistada pela pesquisadora porque quer ajudar outras garotas a não passarem pelo mesmo que ela passou, mas revelou-se muito preocupada com o que a pesquisadora poderia pensar a respeito dela. No entanto, frente a qualquer demanda por informação manifestada pela pesquisadora, Patrícia respondia ríspidamente e continuava seu relato da forma que pretendia.

4.1.2 Kelly

UNIDADE DE SIGNIFICADO	FALA	ESTRUTURA GERAL DOS SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS
<p>Um corpo transf(t)ornado</p>	<p>Sou gordinha desde criança. Quando eu tinha uns quinze anos, tomei um remédio para espinhas que fez com que eu perdesse peso. Quando parei com essa medicação comecei a ganhar peso de novo e aí comecei a fazer regimes. Me informei com minha professora de música sobre um regime de 1.600 kcal/dia e, após ter iniciado esse regime e percebido que o emagrecimento era lento, passei a diminuir as porções que ingeria. Nesse período pensava em comida o tempo todo. Sentia muita fome, mas só ingeria 400 kcal/dia. Eu tomava laxantes à noite e também tentava vomitar, mas vomitar eu não conseguia. Eu tenho 1.72 m de altura e cheguei a pesar 54 kg. Depois de atingir 54 kg comecei a ter episódios de compulsão alimentar e voltei a ganhar peso. Hoje peso 68 kg.</p> <p>Mesmo quando eu pesava 54 kg eu não me achava magra. Eu não tenho noção do meu tamanho real, às vezes tiro foto de mim mesma para comparar com a imagem que vejo no espelho e normalmente na foto eu pareço mais gorda. Quando eu olho minhas fotos de quando eu pesava 54 kg me acho magra, mas na época não me achava. Acho que tenho uma imagem fixa de mim mesma.</p> <p>Minha mãe é o parâmetro que eu tenho do meu peso. Quando vou visitar minha mãe e ela fala que eu emagreci, sei que perdi peso. Quando ela não comenta nada, sei que engordei.</p>	<p>Kelly era gordinha quando criança. Na adolescência fez uso de um medicamento para espinhas que fez com que ela perdesse peso. Após ter parado com a medicação passou a ganhar peso novamente e começou a fazer regimes radicais. Tentava vomitar, mas não conseguia. Depois de atingir 54 kg começou a ter episódios de compulsão alimentar. Diz ter uma imagem fixa de si mesma e não reconhecer seu tamanho quando se olha no espelho. Acrescenta que sua mãe é o parâmetro que tem de seu peso.</p>
<p>Relações familiares</p>	<p>Tenho uma ligação muito forte com a minha mãe. Meu pai sempre insistiu para que fosse morar em outra cidade pra cuidar da minha vida. Eu e minha mãe sempre fomos muito dependentes uma da outra. E, por mais que a gente more em cidades diferentes, a gente se fala pelo telefone todos os dias. Às vezes eu não tenho vontade de falar com ela, mas falo mesmo assim porque</p>	<p>Kelly afirma ser muito ligada à mãe, e as percebe como sendo muito dependentes uma da outra. Confessa que às vezes não tem vontade de falar com a mãe, mas o faz para que ela não fique magoada com Kelly. Diz que tinha medo do pai na infância e adolescência, pois ele era muito irritado.</p>

não quero que ela fique magoada comigo.

Meu pai era muito irritado quando eu era criança e adolescente. Eu tinha medo dele. Depois ele começou a fazer terapia e mudou completamente, hoje ele é um homem calmo.

Minha mãe sempre foi muito preocupada com sua própria aparência. Quando eu era mais nova e morava com ela, volta e meia eu ia fazer caminhadas com ela para tentar emagrecer. Ela nunca me falava pra eu emagrecer, mas quando eu emagrecia ela falava: “agora tá ficando bom”.

Quando eu fazia o regime de 400 kcal/dia minha mãe se preocupava muito comigo. Às vezes eu chegava da faculdade a noite e comia três ou quatro azeitonas, mas na hora do almoço eu comia porque minha mãe sempre tava em casa e ficava olhando se eu comia ou não. No final da tarde, antes de eu ir pra faculdade, ela sempre me ligava pra perguntar se eu tinha comido e eu mentia que sim.

Não consigo dizer “não” para ninguém. Sempre que tenho uma ideia diferente da do meu irmão ou do meu pai, não consigo falar. Sempre começo a chorar e me calo. Acho que toda vez que eu me sinto contrariada eu choro. Sou muito chorona desde quando eu era criança.

Meu pai é muito bom para mim e pro meu irmão, ele nunca diz “não” pra gente. Mas eu não gosto de usar o dinheiro dele. Consegui uma bolsa de monitoria na faculdade pra ter um dinheirinho e não precisar pedir tanto dinheiro pra ele, mas ele deposita dinheiro na minha conta mesmo quando eu digo que não preciso.

Sinto raiva do meu irmão. Ele é formado, trabalha e continua gastando o dinheiro do meu pai pra economizar o dele. Já eu sinto culpa de fazer meu pai gastar dinheiro comigo, e quando preciso de dinheiro peço pra minha mãe pedir pra ele.

Eu sou muito confiante da minha mãe, sabe? Nós somos muito amigas. Sempre que ela tem algum problema

Acrescenta que a mãe sempre foi muito preocupada com a própria aparência e que aprovava quando Kelly emagrecia, mas que quando fez um regime muito radical, sua mãe se preocupava com ela. Mentia para a mãe para que ela acreditasse que Kelly havia comido.

Kelly diz não conseguir dizer “não” às pessoas, e chorar quando se sente contrariada.

Kelly afirma que seu pai é muito bom pra ela e seu irmão, pois nunca diz “não” a eles. Ela se mobiliza para não gastar muito dinheiro do pai, pois se sente culpada quando o faz, mas mesmo quando ela diz não precisar de dinheiro, ele faz depósitos em sua conta. Sente raiva do irmão por ganhar seu próprio dinheiro e continuar usufruindo do dinheiro que o pai lhe dá. Quando precisa de dinheiro, Kelly não o pede ao pai, pede para que a mãe o peça a ele.

Diz ser muito amiga e confiante de sua mãe. As desconfiças da mãe relativas à fidelidade do pai de Kelly são compartilhadas com a filha. Kelly acha sua mãe muito frágil e não acredita que o pai a traia, mas afirma que se a desconfiça da mãe fosse confirmada ela não mais falaria com seu pai. Acrescenta que sua mãe acredita que confundir questões relativas a seu casamento com a filha, contribui para que ela ganhe peso. Além disso, a desconfiça, por parte da mãe, de que o namorado de Kelly seja gay faz com que ela questione a preferência sexual dele e volte a pensar em seu ex-namorado.

com o meu pai é comigo que ela vem conversar. Esses dias ela me falou que está desconfiada do meu pai. Ela acha que ele tá traindo ela. Ela me mostrou um e-mail que meu pai mandou pra uma mulher que trabalha com ele e no e-mail ele tinha escrito que estava carente e com saudades dela. Aí minha mãe falou pra ele que tinha me mostrado o e-mail e ele veio falar comigo pra me dizer que não era nada disso. Eu acredito no meu pai, acho que minha mãe é muito frágil. Mas também se eu soubesse que era verdade, não falava mais com ele. Depois que isso aconteceu, minha mãe veio me pedir desculpas e falou que acha que ela ficar me falando essas coisas contribui para eu engordar e chorar tanto.

Outro dia minha mãe me falou que desconfia que meu namorado seja gay. Fiquei muito mal, comecei a reparar no comportamento dele e acho que pode ser verdade. Depois disso comecei a pensar no meu ex.

Relações fora do âmbito familiar

Eu namorei o mesmo cara dos quinze aos vinte e três anos. Nós terminamos no começo do ano (2013). Ele era muito ciumento e isso me irritava muito, a gente brigava demais. Nós terminamos e voltamos várias vezes. Aí no começo do ano eu decidi terminar com ele. Não consegui falar pra ele pessoalmente, então terminei pelo telefone mesmo, foi mais fácil.

Desde maio desse ano (2013) estou namorando o (nome do namorado). Ele é muito diferente, não sente ciúmes de mim. Mas aí o problema é que eu sinto ciúmes dele. Mas a gente se dá bem, a gente não briga. Eu gosto muito dele, só fico chateada que ele ainda não aceitou nenhum convite meu pra ir visitar a minha família comigo.

Enquanto eu estava solteira saía muito com as minhas amigas. Às vezes eu bebia, sabe? Cheguei até a transar com um cara na primeira noite, mas me arrependi muito. Chorei bastante no dia seguinte.

Kelly namorou o mesmo rapaz por oito anos. Tinham uma relação conturbada, pois ele era muito ciumento, e quando Kelly decidiu que terminaria a relação, o fez pelo telefone, pois pessoalmente não conseguiu. Após poucos meses iniciou uma nova relação com um rapaz que não sente ciúmes dela, mas do qual ela sente ciúmes. Diz que enquanto estava solteira saía muito com as amigas e, às vezes, bebia. Chegou a transar com um rapaz na primeira noite, mas se arrependeu. Acrescenta que gosta muito de animais, e que a preocupação com um cachorro que encontrou no campus da universidade a impossibilitou de dormir.

Eu gosto muito de animais, sabe? Numa dessas noites não consegui dormir. Vi um cachorro abandonado no campus da faculdade, fui até a cantina comprar alguma coisa pra ele comer, mas quando eu voltei, ele não tava mais lá. Fiquei tão preocupada e com tanto medo que ele morresse que não consegui dormir.

4.1.3 Tatiana

UNIDADE DE SIGNIFICADO	FALA	ESTRUTURA GERAL DOS SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS
Dois corpos transf(t)ornados	<p>Quando eu tinha doze anos vi minha irmã de dezessete com os braços todos cortados. Daí escutei minha mãe falando pra minha avó que às vezes minha irmã entrava no banheiro e ficava se cortando. Achei estranho e triste ao mesmo tempo. Daí lembro que um dia ela (a irmã) foi brincar comigo e achei os braços dela muito magros. Pensei que ela estava doente. Meus pais diziam que ela tinha anorexia e se preocupavam muito com ela. Não sei se foi por isso, mas decidi que queria emagrecer também. Aí parei de comer, só comia balas e chicletes. Na hora do almoço levava o prato cheio de comida para o quarto junto com um prato limpo e vazio. Aí colocava a comida no prato vazio, dava para o cachorro e levava o prato sujo para a cozinha para lavá-lo. Fazia isso pra que quando minha mãe visse o prato sujo ela achasse que eu tinha comido. Ela nunca descobriu que eu fazia isso. Depois de uns vinte dias fazendo isso, eu tinha emagrecido uns 8 kg. Nesses dias eu também comecei a entrar nos blogs pra anoréxicas na internet e escrevi “Ana” nos dois pulsos com um estilete. Meus pais acharam estranho e como já tinham passado por isso com a minha irmã, decidiram me internar. Eles não conseguiam achar nenhuma clínica especializada em anorexia, então fiquei internada numa clínica pera viciados em drogas. Fiquei internada por um mês. Lembro que lá</p>	<p>Tatiana diz que sua irmã cinco anos mais velha cortava os braços, tinha anorexia e, por conta disso, seus pais se preocupavam muito com ela. Acredita que parou de comer (e só manteve a ingestão de balas e chicletes) e passou a escrever “Ana” nos pulsos com um estilete para receber dos pais a mesma atenção que a irmã recebia.</p> <p>Diante dos comportamentos apresentados por Tatiana, seus pais a internaram numa clínica para usuários de drogas. A voluntária ficou nessa instituição por um mês e diz que enquanto estava lá, a única pessoa pela qual queria ser visitada era seu irmão.</p>

eu até comia. Comia pouco, mas comia. Quando estava internada não queria que ninguém fosse me visitar, só o meu irmão.

Depois que saí da clínica, voltei a comer normalmente. Nunca cheguei a pesar abaixo do peso ideal para minha altura, mas todo mundo falava que eu tinha anorexia. Acho que eu queria ter porque minha irmã tinha e eu achava que ela tinha mais atenção dos meus pais do que eu, não sei.

Relações familiares

Quando eu tinha sete anos eu fazia um diário e lembro de ter escrito que meus pais podiam se separar. Chorava muito quando pensava que isso podia acontecer e comecei a me preparar psicologicamente pra que isso acontecesse. Daí quando eu tinha uns doze anos meus pais se separaram. Não sofri muito porque já tinha me preparado. O mais engraçado é que quando eles se separaram minha mãe falou que já fazia uns cinco anos que eles pensavam nisso, que era quando eu tinha sete e escrevi no meu diário. Parece que eu tinha tido uma premonição, sei lá.

A decisão de se separar foi da minha mãe. Meu pai ficou bem mal. Ele nunca demonstrou, mas sei que ele ficou. Quando eles foram falar pros filhos que iam se separar, eu fui a última filha a saber. Acho que era porque eu tinha aqueles problemas na cabeça, né?! Mas quando eles me contaram não fiquei mal, acho que já estava preparada psicologicamente. Quando eles falaram, nem perguntaram se podiam se separar. Eu achei certo. Sei de alguns pais que perguntam pros filhos se podem se separar e os filhos e eu acho que os filhos não têm o mínimo direito de decidir isso por eles.

Logo depois da separação meu pai foi demitido do emprego. Ele não conseguia arranjar emprego aqui, então foi passar seis meses no Canadá para aprender inglês e melhorar o currículo. Senti muita falta dele. Depois

Tatiana afirma que aos sete anos pressentia que seus pais podiam vir a se separar e chorava muito ao pensar nessa possibilidade. A partir de então disse ter se preparado psicologicamente para quando isso acontecesse e, consequentemente, quando seus pais se separam não sofreu.

Afirma que a decisão da separação partiu de sua mãe e que, embora não tivesse demonstrado, seu pai sofreu muito. Aponta que foi a última dos filhos a saber e que acredita que isso tenha se dado por conta dos “problemas na cabeça” que apresentava. Ainda, diz que pais não perguntaram aos filhos se podiam se separar e acha que essa foi a atitude correta, pois os filhos não têm direito de decidir isso por eles.

Acrescenta que após a separação seu pai foi passar seis meses em outro país e que sentiu muita falta dele. Pensa que foi bom ele não ter morrido como ela desejou quando era criança. No entanto, acrescenta que acha bom que quem mora longe é o pai e não a mãe, pois se fosse esta acha que ficaria desesperada.

Tatiana afirma que quando criança era apaixonada pelo irmão e que só deixou de ser

de quatro meses que ele tava fora comecei a fazer contagem regressiva pra ele voltar. Achei tão estranho. Lembro que quando eu era criança eu às vezes queria que ele morresse, porque ele não dava muita bola pra mim, e aí quando ele ficou fora senti muita falta dele. Aí pensei: "Ainda bem que ele não morreu". Hoje em dia meu pai mora em São Paulo. Foi só lá que ele conseguiu emprego. Mas, sabe, às vezes penso que ainda bem que quem mora longe é meu pai e não minha mãe. Acho que se fosse ela eu ia ficar desesperada.

Eu era apaixonada pelo meu irmão quando eu era criança, sabe? Apaixonada, apaixonada mesmo. Achava ele lindo, sonhava com ele, não queria que ele tivesse nenhuma namorada. Engraçado que depois que saí da clínica não era mais.

Quando eu tinha treze anos, um dia cheguei pra minha mãe e falei que tinha sonhado que ela era bissexual. Aí ela falou que era mesmo. Sabe que eu achei legal? Eu também sou, já tinha ficado com umas meninas e gostei de saber que minha mãe também gosta de mulher. O mais engraçado é que esses dias minha mãe me falou que desde adolescente era bissexual, que nem eu.

Quando eu era criança nem via muito o meu pai. Minha irmã nasceu quando eles tinham dezoito anos, então eles tinham que trabalhar muito pra dar conta. Só via meu pai à noite. Minha irmã não foi planejada, sabe? Eles eram muito novos, foi um acidente. Mas eu e meu irmão fomos. Na verdade uma vez ouvi meus pais dizerem que só queriam ter dois filhos e como eu era meio louca da cabeça achei que eles não me queriam. Aí falei isso pra eles e eles me disseram que minha mãe tinha pensado em fazer laqueadura depois do meu irmão, mas desistiu porque eles decidiram que queriam mais um.

Meus pais contam que até os doze, treze anos minha irmã era muito amável, mas depois ficou muito rebelde. Minha mãe e ela brigavam muito nessa época. Quando as duas brigavam eu saía de perto. Não gosto de brigas. Acho que é porque meus

apaixonada por ele após ter sido internada na clínica para recuperação de usuários de drogas.

Diz que um dia sonhou que sua mãe era bissexual e, ao comentar com ela sobre esse sonho, a mãe confessa ser. Acrescenta que ela mesma o é e que recentemente a mãe comentou com ela que sabe de sua bissexualidade desde que era adolescente, assim como aconteceu com Tatiana.

Diz que, diferentemente do que se passou com a irmã, o nascimento dela e seu irmão foi planejado.

Conta que quando era criança não via muito o pai, pois este trabalhava muito. Além disso, acrescenta que a mãe e a irmã brigavam muito quando a irmã era adolescente e que se retirava quando isso acontecia, pois acredita ser errado brigar. Inclusive, evita falar sobre coisas que a chateiam.

Aponta que gosta muito da companhia da mãe e que, por temer que a mãe venha a morrer, procura se preparar para quando isso acontecer, como fez quando os pais se separaram. Acredita que, assim, quando a mãe falecer não sofrerá muito.

pais nunca brigavam na nossa frente. Acho que aprendi que é errado brigar. Nunca fui de falar o que me incomoda. Por exemplo, esses dias tava chateada com a irmã, não falei nada e depois passou. Fiquei chateada com ela porque quando meu pai vem pra cá ele quer ficar um tempo só com os filhos, mas minha irmã sempre leva o namorado. Meu pai fica chateado. Quando eu tava na clínica me disseram que o que eu fazia com o meu corpo era uma forma de me comunicar, mostrar o que eu não conseguia falar. Na hora achei meio baboseira, mas hoje acho que pode ser.

Eu adoro a companhia da minha mãe. Até chamo ela de "amorção". Às vezes tenho muito medo que minha mãe morra, sabe? Aí eu tento me preparar psicologicamente como fazia quando achava que meus pais iam se separar, só pra não sofrer muito quando acontecer.

Relações fora do âmbito familiar

Eu beijei pela primeira vez quando tinha sete anos. Tinha curiosidade em saber como era e beijei uma amiga minha da escola.

Quando eu tinha uns onze anos uma amiga minha da escola tava sofrendo muito porque os pais tinham se separado e aí eu até quis que meus pais se separassem pra eu saber o que ela tava sentindo e por ajudar ela.

Tive meu primeiro namorado quando eu tinha quatorze anos. Era uma relação muito doentia. Eu tinha muito ciúmes. Ligava pra ele o tempo todo. Ele terminou comigo e eu sofri muito quando acabou. Eu entendo que ele tenha terminado comigo, nem sei como ele me aguentou tanto tempo. Eu era muito ligada a ele, parecia uma simbiose, sabe? Eu contava os dias da semana com base nos dias que ia encontrar com ele. Por exemplo, a gente se via terça, quinta e sábado. Parecia que os outros dias nem existiam. Depois que ele terminou comigo comecei a ficar com meninas e meninos. Daí namorei uma menina. Terminei com ela porque ela foi passar férias em outra cidade, na casa da avó

Tatiana beijou pela primeira vez aos sete anos. Diz que tinha curiosidade de saber como era e beijou uma colega da escola. Afirma que aos onze anos desejou que seus pais se separassem, pois uma colega de escola estava sofrendo com a separação dos pais e ela queria saber como era esse sentimento para poder ajudar a amiga.

Acrescenta que seu primeiro namoro foi aos quatorze anos, com um garoto. Diz que a relação que tinha com ele era simbiótica e que após o término sofreu muito. Em seguida, passou a ficar com meninas e meninos e namorou uma garota. Acrescenta que terminou esse relacionamento porque, ao deparar-se com a ausência da namorada, percebeu que ficava bem sem ela e também porque se apaixonou por um garoto que nunca deu bola pra ela. Atualmente namora um rapaz e diz ter uma relação tranquila com ele, permitindo-se inclusive

	<p>dela, e percebi que ficava bem sem ela. Ah, também foi porque me apaixonei pelo Leandro. Eu era muito apaixonada pelo Leandro, mas ele nunca me deu bola.</p> <p>Faz um ano e meio que namoro o João. Gosto da pessoa dele, de ele ser como é, independente de ser menino ou menina. Nosso relacionamento é tranquilo, quase nunca brigamos. Pra ele eu consigo falar das coisas que me chateiam.</p>	<p>falar sobre as coisas que a chateiam. Aponta que gosta dele por ele ser como é, independentemente de ser do sexo feminino ou masculino.</p>
--	--	--

**Aspectos
transferenciais**

Você parece ser muito legal. Minha prima falou muito bem de você.

Fico feliz em poder te ajudar, posso até te passar o telefone da minha irmã se você quiser falar com ela.

Se precisar de alguma outra coisa, você pode me ligar quando quiser.

Tatiana diz que a pesquisadora parece ser muito legal e que ouviu, de sua prima, coisas positivas a meu respeito. Acrescenta que fica feliz em poder me ajudar e oferece o contato da irmã. Diz, também, que se eu precisar de alguma outra coisa, posso entrar em contato quando quiser.

4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Com base nas entrevistas realizadas com as voluntárias, partiremos para a análise da maneira como cada uma delas relatou se relacionar com a figura materna, com o pai, com as relações objetais, com as perdas, com o desejo e como se posicionam frente ao ideal.

4.2.1. Patrícia

Patrícia diz ter procurado manter seu corpo infantilizado e, assim, desprovido de caracteres sexuais secundários, para continuar sendo anjo e, assim, amada por

sua mãe (cabe mencionarmos, aqui, que os anjos são “seres” assexuados que carregam um nome masculino, e que Patrícia refere-se a si própria e atende por um apelido masculino), o que denota uma “colagem” a esta e uma não elaboração do luto de seu corpo infantil. Consideramos também muito significativo o fato de a mãe ser “amável” até Patrícia deixar de ser um anjo, pois revela o quanto, com o crescimento, ela perde um lugar valioso frente ao olhar materno.

Além disso, a colagem à figura materna aparece como fruto de uma transmissão transgeracional, pois sua mãe é referida como também “colada” à própria mãe na medida em que faz comentários como: “E agora, o que será que sua avó vai pensar?” quando Patrícia anuncia que vai parar de fazer balé clássico; “E agora, o que os outros vão pensar de mim?” quando algo que vai contra o esperado se passa na vida de Patrícia. Portanto, de acordo com sua fala, embora seja ela quem faz o ato, a mãe se preocupa com o que os outros pensarão dela, e não de Patrícia, como se não houvesse uma separação, como se a filha fosse a mãe.

Outro aspecto significativo da fala de Patrícia é o comportamento antissocial de sua mãe: a depressão e as enxaquecas que a mantêm trancada dentro de casa, sem trocas com pessoas e realizações de atividades fora do lar, sem condições de lidar com as vicissitudes das relações e da vida. Ainda nos fica como questão o que é esta casa arrumada somente onde os outros a veem? O que significa a mãe ser tão preocupada com as aparências? Quais são os efeitos disso na relação que estabelece com a filha (o que nos leva a pensar na impossibilidade de efetivamente respeitá-la enquanto portadora de uma certa bagunça)?

A perda abrupta do pai quando este foi preso é referida como desencadeante do comportamento de cortar os próprios braços. Assim, frente à ausência daquele que, com sua presença, colocava, de certa forma, algum freio no engolfamento materno, Patrícia mutila-se.

Além disso, apesar de responsabilizar o pai por tê-la possibilitado se constituir como um ser humano (o que é interessante, pois sua presença, mesmo que frágil, como terceiro é o que a humaniza, o que lhe possibilita diferenciar-se minimamente para ser outro), Patrícia se refere a seu pai como um homem que se encontra em uma relação assexuada com a esposa.

Ao se referir às relações fora de seu âmbito familiar, Patrícia diz ter tido relações simbióticas com algumas amigas, e obsessões por alguns rapazes. Isto é, parece que essas relações não foram de relações efetivamente objetais, mas narcísicas.

Ainda, a voluntária referiu-se a uma sensação de pertencimento quando fez parte de grupos que demandavam coisas específicas dela: o emagrecimento por parte da professora de balé, e a determinação do que ler, assistir e ouvir por parte da facção religiosa. Parece que “saber” como ser, existir e o que fazer, respondendo à demanda do Outro e colocando-se, assim, como ideal, possibilitava que ela que se situasse e se sentisse pertencendo – embora, como nos *blogs* pró-Ana, a grupos com integrantes que se pretendem também ideais.

A viagem para a Europa foi relatada como tendo sido um divisor de águas em sua história, pois a voluntária disse que foi lá que decidiu que não queria ser endeusada e “não-existir” como as bailarinas que, quanto menos pesassem, menos existiam e menos dor sentiam. Parece que estar longe de sua família possibilitou que ela se autorizasse a não ser deusa (ideal) e ser humana. Foi depois de seu retorno que Patrícia procurou por uma psicoterapeuta e ingressou na universidade.

Patrícia é magra. Ela se refere a si própria por um apelido masculino dado a ela por seu pai na infância, usa sua página na internet para gritar aos quatro ventos que seu corpo não é mercadoria (o que nos faz pensar que possivelmente ela o sinta como passível de ser consumido) e reagiu rispidamente quando foi interrompida pela pesquisadora nas entrevistas. No entanto, parece que tem conseguido abrir espaço para o seu desejo na medida em que, desde que voltou da Europa, diz estar conseguindo estabelecer relações mais saudáveis e cogitar constituir uma família.

4.2.2 Kelly

Kelly mantém uma relação de especularidade com sua mãe, na medida em que se refere a esta como sendo o parâmetro que tem de seu corpo. Uma separação efetiva parece não ter sido realizada. Isso também se manifesta em sua fala quando a voluntária diz questionar a crença de que seu namorado seja homossexual (após a manifestação de desconfiança, por parte da mãe, de que ele

seja homo); e quando relata que, embora tenha mudado para outra cidade, continua falando com a mãe todos os dias para que ela não fique magoada. Pensamos que a não condição de lidar com a falta que causa na mãe diz respeito também a uma dificuldade de lidar com a falta que a mãe (e, por extensão, os outros) lhe causa. Assim, há indícios em sua fala que indicam que a mãe nunca foi efetivamente perdida, que há uma resistência em lidar com essa perda.

O relato de que tem dificuldade de dizer “não” aos outros e de ser contrariada, a tentativa de não fazer uso do dinheiro do pai (e sentir-se culpada quando o faz), achar que poderia estar fazendo um curso melhor na universidade e a permanente insatisfação com o próprio corpo deixam transparecer o quanto há em Kelly uma rigidez superegoica e, assim, um grande apego ao ideal. Aparece também em sua fala a culpa pela pulsão sexual, na medida em que disse chorar após transar na primeira saída.

Além disso, o fato de Kelly dizer nunca ter brigado com sua mãe e sempre se calar frente a seu pai revela uma dificuldade muito grande do escoamento de sua agressividade, o que denota também a presença de um superego muito rígido. Ainda, a exigência de perfeição que carrega referente a si estende-se para os outros, pois apresenta um ideal muito rígido em relação a seu pai, que, se for infiel à mãe, não será mais digno de falar com ela.

No entanto, quando se vê tendo que optar entre acreditar na mãe ou no pai quando a mãe desconfia que seja traída, Kelly opta por acreditar no pai. Se essa mãe tem ciúmes do marido, é porque ele ocupa um lugar frente a seu desejo, ou seja, há uma falicidade atribuída a esse homem.

Além do mais, Kelly é frequentemente tomada pela pulsão sexual (transa com rapazes) e apresenta relações objetais com amigas e namorados.

4.2.3 Tatiana

O que Tatiana chama de anorexia foi ter ficado numa privação alimentar muito acentuada por vinte dias (seguida de internamento) e escrito a palavra “Ana” com um estilete em seus pulsos. No entanto, o que ela revelou, no decorrer das entrevistas, foi uma tentativa, por intermédio da privação alimentar, de estabelecer

uma relação identificatória com a irmã (que tinha sido anoréxica) e de ocupar um lugar significativo frente ao desejo dos pais, bem como de mantê-los casados (pois quando a irmã teve anorexia, Tatiana já pressentia que seus pais cogitavam uma separação, e eles efetivamente separaram-se depois que Tatiana saiu do internamento na clínica para recuperação de usuários de drogas e voltou a se alimentar adequadamente). Assim, sua privação alimentar parece ter tido a função de prevenção de uma perda, a perda do pai enquanto interditor na relação mãe-filha (embora, ao dizer que desejava que ele morresse, revele a ambivalência constitutiva da relação com ele e, sendo assim, da relação com um terceiro entre ela e a mãe).

A dificuldade de lidar com perdas aparece também no relato de Tatiana quando afirma ter sido apaixonada pelo irmão desde criança até os treze anos, indicando uma dificuldade de inscrição da lei de interdição do incesto. Ainda, assumir uma indefinição sexual (uma bissexualidade) como a mãe revela uma tentativa de colar-se especularmente a ela e não perdê-la como detentora de um (não) saber sobre o desejo. Tatiana parece ter tido dificuldades de efetivamente sair do endógeno. De qualquer forma, quando Tatiana manifesta um temor da morte da mãe, o que se revela é um desejo inconsciente de morte desta, o que nos leva a questionar se essa fantasia não representa a crença de que com esta morte Tatiana possa, ela mesma, tornar-se detentora de seu saber sobre o seu desejo.

Embora na atualidade diga estar numa relação tranquila com um rapaz, diz já ter tido uma relação simbiótica na adolescência (frente ao término da qual sofreu muito) e ter terminado com uma namorada ao perceber que ficava bem na ausência dela, isto é, podendo prescindir do objeto, não permanecia com ele (o que denota a face não objetual da relação).

Sua recusa em participar, mesmo que somente como espectadora, de conflitos; sua dificuldade de manifestar coisas que a chateiam, sua vontade de passar pela mesma dor que a amiga de escola na crença de que somente assim poderia ajudá-la, sua chateação com a irmã por ela não responder à demanda do pai de encontrar-se somente com os filhos, bem como sua disponibilidade dócil diante da minha demanda por voluntárias para a pesquisa revelam uma tentativa de tamponar qualquer esboço de falta no outro (e, conseqüentemente, em si própria) e, portanto, um apego significativo à onipotência característica do ideal.

Ainda, sua hipervigilância quanto a tudo que possa frustrá-la, seu adiantar-se às frustrações (prevendo-as) como se não pudesse ser pega de surpresa, é uma característica típica dos traumatizados.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), Freud aponta a importância do caso clínico na psicanálise, pois nela coincidem pesquisa e tratamento.

Embora no item 2.3 da presente pesquisa tenhamos averiguado como seria possível a realização de tratamento psicanalítico com meninas/mulheres que têm anorexia, não nos foi possível realizar um tratamento com elas. Com base no limite metodológico com o qual tivemos que nos haver, optamos por fazer somente a análise das entrevistas e trabalhá-las com base na análise de unidades de significados pela riqueza ilustrativa que elas contêm. No entanto, pudemos, por intermédio das entrevistas, colher dados indicativos dos conflitos existentes no psiquismo das entrevistadas, o que contribuiria para a delimitação da direção do tratamento, caso ele tivesse se efetivado.

As dificuldades de acesso às anoréxicas se apresentaram desde o início diante do resultado do convite para a participação na pesquisa: houve muito poucas voluntárias com queixa de anorexia e uma dificuldade muito grande de conseguir agendar as entrevistas, o que nos levou a constatar que a recusa a se alimentar também aparece como recusa a se alimentar de um encontro. Além disso, embora três mulheres tenham se voluntariado para as entrevistas, o que se revelou foi uma disposição a testemunhar sobre suas histórias de vida para contribuir com nosso trabalho, mas não uma disponibilidade a manifestar o que realmente as faz sofrer. Não houve também nenhum esboço de sofrimento no decorrer das entrevistas. Ainda, o tratamento a elas ofertado foi recusado, não conseguimos seduzi-las e elas não se deixaram acessar.

Com base no que escutamos nos relatos das entrevistadas, pensamos cada uma delas de uma forma muito singular.

Na fala de Patrícia, por exemplo, encontramos vários indícios que corroboram a nossa hipótese de que a melancolia é o sofrimento psíquico que subjaz em seu psiquismo.

Patrícia era uma menina anjo não diferenciada até que suas asas caíram traumáticamente por determinação materna. Diante desse desamparo, ao perder algo valioso materno, ficou sem recursos para lidar com a ausência da mãe, o que resultou, como diz Mc'Dougall, num “corpo para duas”. Não havendo uma diferenciação que pudesse inserir a falha junto com o ódio como princípio de objetividade, o que restou a ela foi a incorporação do objeto.

O relato de que não tinha noção do próprio corpo, nem mesmo sensações de frio e de calor, revelam o quanto o corpo pulsional não havia sido apropriado por Patrícia. O estabelecimento de relações simbióticas com amigas, bem como as obsessões que já teve por rapazes, indicam o quanto esse era o padrão possível de estabelecimento de relações, ou seja, negando a face objetual do outro, deslocamento de uma falha de inscrição do objeto no início da vida.

O comportamento de cortar os próprios braços – autodestrutividade causada pela desintrincação pulsional com conseqüente exacerbação do direcionamento da pulsão de morte para si – por conta da ausência paterna, ou seja, daquele que minimamente a poupava do engolfamento materno, revelou que quando a falta faltou, Patrícia ficou à mercê da angústia de não separação. Cortando-se, ela atestou a existência de um corpo que fosse seu e não do outro.

Fazer parte de grupos (como o balé e a facção religiosa) que determinavam como Patrícia deveria ser e o que deveria fazer possibilitou que ela se sentisse pertencente a eles. O apego ao ideal era tamanho que só pôde pertencer a espaços com pessoas que explicitavam suas demandas, às quais ela pôde corresponder – o que não conseguiu fazer com a demanda materna, na medida em que cresceu.

Além disso, Patrícia é filha de pais tidos por ela como assexuados. Se é assim que ela os percebe, é porque, para ela, não há atribuição de falicidade ao pai por parte da mãe. Não tendo um pai fálico, nem uma mãe desejante, Patrícia ficou impossibilitada de efetivamente sexual-se e reconhecer-se como um ser faltante. Ela continua fazendo uso de um apelido masculino que lhe foi dado pelo pai na infância e, aos vinte e seis anos, nunca namorou.

Foi somente podendo separar-se concretamente de sua mãe, quando foi para a Europa, que Patrícia adquiriu recursos para poder lidar com a existência sem a necessidade de ser endeusada e pôde livrar-se da ilusão de onipotência característica do ego ideal, podendo alimentar-se de encontros na faculdade e cogitar constituir uma família.

Embora concebamos Patrícia enquanto tendo tido uma anorexia de fundo melancólico, não pensamos em Kelly da mesma maneira.

Kelly apresenta uma relação de especularidade com a mãe e dá indícios de que esta nunca foi efetivamente perdida. Apresenta um superego muito rígido e, sendo assim, um apego ao ideal. No entanto, pensamos que se trata de um apego ao ideal de eu e não ao eu ideal, isto é, relativo ao narcisismo secundário, e não ao narcisismo primário, diferentemente de Patrícia. Pensamos dessa forma, pois Kelly teve um pai ao qual foi atribuído uma falicidade pela mãe e acreditamos que foi isso que possibilitou a ela uma salvaguarda da pulsão de vida, fazendo com que ela entrasse numa compulsão alimentar após atingir determinado peso, bem como tivesse condição de abrir-se para o estabelecimento de relações objetais e deixar-se tomar pela pulsão sexual.

Portanto, com base nos indícios coletados das entrevistas realizadas com Kelly, pensamos que o conflito nela existente refere-se mais a um conflito neurótico entre id e ego do que propriamente entre ego e superego, característico da melancolia.

No que se refere à Tatiana, pensamos que ela está numa passagem para a feminilidade, pois demorou para sair dos laços endógenos e considera-se, assim como considera a mãe, bissexual. Parece haver uma dificuldade de assumir uma posição frente à diferença sexual e, sendo assim, frente a seu desejo.

Sua hipervigilância quanto a possíveis frustrações nos leva a considerá-la como não apresentando muitos recursos para lidar com perdas, o que nos faz cogitar a possibilidade de uma falha na inscrição do autoerotismo, pois pensamos que ela se previne para se defender de um possível excesso pelo qual possa ser tomada e com o qual não consiga lidar.

A privação alimentar que aparece como uma tentativa de identificação com a irmã revela o quanto Tatiana precisava de referências para saber como existir, para

ter um lugar frente ao olhar dos pais. Parece que sua existência só é possível a partir da admissão de posições alheias (anoréxica como a irmã e bissexual como a mãe). Pensamos que sua voracidade por figuras identificatórias revela que a introjeção pulsional necessária para que as identificações se constituíssem naturalmente não foi suficientemente realizada e que, sendo assim, a incorporação do objeto foi o que lhe restou como possibilidade. Pensamos que seu apego ao ideal é mais relativo ao narcisismo primário do que ao secundário, pois não busca retribuição narcísica com base no estabelecimento de relações efetivamente objetais, mas sendo como os outros são, isto é, não tendo possibilidade de efetivamente posicionar-se subjetivamente como indivíduo.

Sua disponibilidade dócil para tapar a falta da pesquisadora bem como sua dificuldade em lidar com o sofrimento alheio junto à suposição de que poderia evitá-lo refletem a posição assumida por ela nas relações em geral: ser a solução de problemas, ser o que lhes falta, ou seja, uma posição fálica característica do apego ao ego ideal.

Assim, encontramos também em sua fala indícios de que o sofrimento subjacente em seu psiquismo seja a melancolia. No entanto, vemos seu padecimento como sendo menos mortífero do que o de Patrícia, pois Tatiana apresenta condição de abertura para o desejo, embora pensemos que não se trata (ainda) de um desejo efetivamente seu.

Portanto, o que pudemos perceber nos relatos de Patrícia e Tatiana é que não houve, por parte delas, uma relação com o objeto total ou com o objeto em si, mas com o ideal que ele representava. Ou seja, houve a eleição de um objeto, mas para revesti-lo de ideal. Ele só serviu enquanto suporte do ideal. Quando frustrou, mostrando que não era ideal, o ideal grandioso e implacável a ele atribuído retornou ao eu, julgando-o e cobrando-o por ter realizado essa escolha. Assim, o eu teve que ser punido. Pensamos que o eu de Patrícia foi punido com a manutenção de um corpo infantil e com o fechamento para relações, e o de Tatiana com a assunção de posições frente ao desejo que mimetizaram as posições de outros: sua irmã e sua mãe.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo compreender o sofrimento psíquico subjacente a mulheres com anorexia a partir da abordagem teórico-metodológica psicanalítica.

Realizamos uma ampla revisão bibliográfica que teve os textos de Freud como fontes primárias. Com base nele, Karl Abraham e Nicolas Abraham e Maria Torok, procuramos compreender como se dá a primeira fase do desenvolvimento sexual, ou seja, a fase oral, e qual a relação desta com a manifestação da anorexia. Em seguida, buscamos as contribuições de autores como André, Brusset, Camargo, Fernandes, Fuks, Dolto, Green, Lippe, Magtaz, Mc'Dougall e Nasio para compreender de que forma a anoréxica se relaciona com o desejo, com as relações objetais e com o narcisismo, bem como qual é a relação da anorexia com o feminino. Finalmente, investigamos em obras de autores como Brusset, Fédida, Fernandes, Jeammet e Scazufka e Berlinck como é possível uma intervenção psicanalítica frente a essa problemática, considerando que o objetivo dessa intervenção não é a cura da manifestação sintomática, mas a possibilidade de mudança de posição subjetiva.

Nossa investigação teórica nos levou a conceber a anorexia como resultante de um fracasso do masoquismo erógeno com conseqüente falha da inscrição do autoerotismo, o que leva à incorporação do objeto. Vimos que a incorporação do objeto está intimamente relacionada com a melancolia e que a pseudos-separação ocorrida na fase oral do desenvolvimento sexual será atualizada na adolescência. Verificamos que a especificidade do funcionamento psíquico feminino que contribui para a manifestação da anorexia em mulheres está relacionada com a complexidade do desenvolvimento da sexualidade destas, ligada à dificuldade de transmissão do falo da figura materna para a paterna; e que o conflito que as anoréxicas revelam é um querer e ao mesmo tempo um não querer (ou não ter recursos para) separar-se da mãe. No entanto, não nos referimos a um quadro psicótico, pois consideramos que se encontram no segundo tempo do Édipo apontado por Lacan, isto é, elas tiveram acesso ao desejo (houve um terceiro que introduziu a lei da interdição à relação fusional da mãe com a filha), mas elas não têm recursos para lidar com ele, pois não chegaram a conceber o pai como portador legítimo do falo, o que se daria

no terceiro tempo do Édipo. Assim, essas garotas ficaram aprisionadas ao eu ideal e o conflito por elas apresentado pode resultar mortífero.

Diante da gravidade dessa problemática e considerando a possibilidade de nossa hipótese estar confirmada, vimos que um tratamento eficaz frente a essas pacientes deveria visar à inscrição daquilo que não foi inscrito pela mãe, ou seja, inaugurar para essas jovens a possibilidade de prescindirem do objeto com consequente apropriação de seus corpos, suas histórias e seus desejos. Portanto, em se tratando de uma anorexia que tem como sofrimento subjacente a melancolia, não se trata da realização de um tratamento psicanalítico clássico que visa levantar o véu do recalcado e tornar consciente o que é inconsciente a partir da interpretação, mas sim de um trabalho que exige algumas mudanças no enquadre e na posição do analista.

De acordo com o que vimos, o tratamento deve ser mediado por um contrato “de peso”, ou seja, um contrato um tanto rígido que, caso não seja respeitado, acarreta a hospitalização e a separação da família para a paciente. Esse contrato tem a função de mediar a relação entre a anoréxica e o analista, desempenhando uma função de suplência da função paterna fálica. Vimos também que, em detrimento do uso do divã, o aconselhado é a posição face a face, pois possibilita que o analista seja usado como função de espelho e, assim, contribua para que a anoréxica se aproprie de sua imagem, de sua fala e, consequentemente, de sua história. Além disso, vimos que o uso da interpretação não é de todo aconselhável, pois revelar à paciente aquilo que ela desconhece de si pode reproduzir o lugar que ela ocupa frente aos pais, o de objeto passível de ser invadido, e ter efeitos persecutórios. Assim, no tratamento com anoréxicas, o analista deve apresentar uma postura mais ativa, sem ser antecipatória e intrusiva, e evitar que o silêncio seja excessivo para que uma sensação de inquisição e desamparo não as leve a se defenderem ainda mais.

A revisão bibliográfica realizada corroborou nossa hipótese de que o padecimento melancólico pode ser o sofrimento psíquico que subjaz no psiquismo de meninas e mulheres com anorexia.

Paralelamente à investigação teórica, buscamos por sujeitos de pesquisa a partir da divulgação do estudo por meio de cartazes colocados no Departamento de

Psicologia da UFPR, no Hospital de Clínicas da UFPR e postados na internet, mas o que se revelou foi um número muito pequeno de voluntárias com anorexia e uma dificuldade muito grande de realizar encontros com elas. As três voluntárias que conseguimos entrevistar dispuseram-se a testemunhar sobre suas histórias de vida, mas não manifestaram seus sofrimentos e não aceitaram nossa oferta de tratamento, gerando na pesquisadora um sentimento contratransferencial muito grande de frustração.

Frente a isso, o que nos fica como questão e que pretendemos deixar para posterior investigação é: como efetivamente acessar as anoréxicas? Considerando a ampla adesão dessas garotas a *blogs* e *sites* pró-Ana, será que uma das formas não é por intermédio da oferta de um trabalho de grupo que possibilitaria, primeiramente, a construção de uma identidade coletiva para em seguida engendrar um trabalho de auxílio na construção de uma identidade própria? Ainda, quais seriam os dispositivos clínicos que auxiliariam na condução desse trabalho em grupo? Ao mesmo tempo, ficamos nos questionando se a realização desse trabalho grupal teria que ser ao modo compulsório, o que por si só já subverteria a dinâmica da transferência e, sendo assim, já estaria possivelmente fadado ao fracasso.

Além disso, questionamo-nos também sobre o porquê de termos que acessar as anoréxicas e tratá-las já que não há demanda por parte delas. Estaríamos nós, profissionais de saúde mental, presos à demanda social e aos postulados dos códigos de ética que nos ditam que precisamos salvar biologicamente vidas a qualquer custo? Estaríamos priorizando a nossa demanda de colocá-las em trabalho psicológico e/ou analítico para, além de procurar salvá-las, aprendermos sobre elas com o intuito de nos sentirmos competentes, úteis e capazes de realizar produções sobre a temática, em detrimento de respeitá-las em suas posições de fechamento e recusa?

De qualquer forma, embora não tenhamos conseguido realizar um tratamento para a compreensão aprofundada de cada caso e essa impossibilidade tenha nos deixado muitas questões, conseguimos obter, por intermédio das entrevistas, indícios do sofrimento psíquico que subjaz no psiquismo das entrevistadas. Consideramos que em Patrícia e Tatiana há a incidência da melancolia, mas vemos Kelly como tendo tido melhores condições de salvaguarda da pulsão de vida decorrente da falicidade atribuída a seu pai, ou seja, concebemos seu conflito como

sendo entre id e ego, característico das neuroses de transferência, e não entre ego e superego, característico das neuroses narcísicas.

Portanto, com base nas entrevistas realizadas, discordamos da hipótese trazida na introdução desse trabalho, a qual concordava com a hipótese defendida por Ana Cecília Magtaz (2008) em sua tese de doutorado intitulada *Distúrbios da oralidade na melancolia*; na qual a autora defende que a anorexia é uma manifestação sintomática da melancolia. Chegamos à conclusão que o sofrimento psíquico subjacente à anorexia em mulheres pode ser a melancolia; mas que nem sempre o é. Concluimos que há diferentes tipos de anorexia, e que esta, quando manifestada por moças que têm a melancolia como sofrimento subjacente, tende a ser mais mortífera no sentido de que pode levar à morte real do corpo e principalmente no sentido de que implicam a morte subjetiva dessas moças, as quais ficam impossibilitadas de efetivamente posicionarem-se subjetivamente enquanto indivíduos.

Havendo diferentes sofrimentos subjacentes na recusa a se alimentar, diferentes direções de tratamento se revelariam como mais eficazes frente a cada uma delas. Caso tivéssemos tido a possibilidade de realizar um tratamento com as entrevistadas, realizaríamos com Patrícia e Tatiana o tipo de tratamento apresentado no decorrer desse trabalho, isto é, com um contrato “de peso”, fazendo uso da posição face a face, com uma posição mais ativa (sem ser intrusiva e antecipatória) por parte do analista, sem o uso de interpretações e evitando o silêncio excessivo; enquanto com Kelly partiríamos para a condução de um trabalho psicanalítico nos moldes tradicionais, como foi apresentado por Freud.

Conquanto tenhamos colhido dados muito ricos com a realização das entrevistas e eles tenham nos dado indícios do sofrimento que subjaz no psiquismo de nossas entrevistadas, não pudemos deixar de considerar como muito relevante a impossibilidade de realização de um tratamento com qualquer uma delas. Concebemos essa impossibilidade como um deslocamento do que se manifesta na relação mãe e filha aqui apresentada; pois enquanto as mães das anoréxicas demandam que elas abram a boca para comer e elas recusam alimentar-se, a pesquisadora demandou que elas abrissem a boca para manifestar seus sofrimentos e elas recusaram-se a fazê-lo.

Assim, o que nos fica enquanto resultante da recusa das anoréxicas em abrir suas bocas para manifestarem seus sofrimentos é uma falta, como a que elas procuram cavar em suas mães. Mas a falta em nós cavada resulta na mobilização de nosso desejo de continuar pesquisando e dando sequência a nosso trabalho investigativo, característico da área de conhecimento com a qual escolhemos trabalhar: a psicanálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K. (1916). O primeiro estágio pré-genital da libido. In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1924). Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais. In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ABRAHAM, N.; TOROK, M. (1972). Luto ou melancolia. In: ABRAHAM, N.; TOROK, M., *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.

ALONSO, S. L. Novos arranjos para a melodia. In: FUKS, L. B.; Ferraz, F. C., (orgs.) *Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

ANDRÉ, J. Feminilidade adolescente. In: CARDOSO, M. R. (org.) *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2001.

BIDAUD, E. *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BRUCH, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, 1973.

BRUSSET, B. L'anorexie et ses images. In: PRIEUR, P. (Dir.) *L'Anorexique, le toxicomane et leur famille*. Paris: E.S.F., 1989.

_____. Anorexia mental e bulimia do ponto de vista da sua gênese. In: URIBARRI, R. (org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 2008.

BUCARETCHI, H. A. *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAMARGO, I. Anorexia e bulimia: o negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio. In: BUCARETCHI, H. A. (org.) *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

COBELO, A. W.; GONZAGA, A. N.; WEINBERG, C. Contribuições da psicanálise para o tratamento dos transtornos alimentares. In: GONZAGA, A. N.; WEINBERG, C. (org.) *Psicanálise dos transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

CORDÁS, T. Anorexia nervosa e bulimia. In: <http://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/anorexia-nervosa-e-bulimia/>. Acessado em 14/08/2013.

CREMASCO, M. V. F. Um corpo trans(f)tornado? O traumático em transtornos alimentares femininos. In: CREMASCO, M. V. F. (org.) *O sofrimento humano em perspectiva*. Curitiba: CRV, 2011.

DEUTSCH, H. Anorexia Nervosa. In: URIBARRI, R. (org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 2008.

DOLTO, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FÉDIDA, P. O canibal melancólico. In: *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.

_____. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2009.

FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FREUD, S. (1895) Rascunho G. Melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. I.

_____. (1905). Três ensaios sobre a Teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. VII.

_____. (1911). Sobre a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XII.

_____. (1912). A Dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XII.

_____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XII.

_____. (1913). Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIII.

_____ (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XII.

_____ (1914). Observações sobre o amor transferencial. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XII.

_____ (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIV.

_____ (1917). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIV.

_____ (1920). Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XVIII.

_____ (1923). O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIX.

_____ (1924). O problema econômico do masoquismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XVII.

_____ (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIX.

_____ (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XX.

_____ (1931). Sexualidade feminina. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XXI.

_____ (1932). Conferência XXXIII. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XXII.

_____ (1938). Esboço de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XXIII.

FUKS, M. P. O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (orgs.) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GIORGI, A. Sketch of a psychological phenomenological method. In: GIORGI, A. (org.). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press, 1985.

GREEN, A. (1976). Um, outro, neutro: valores narcisistas do mesmo. In: GREEN, A. *Narcisismo de vida, Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

_____. (1982). O narcisismo, ontem e hoje. In: Green, A. *Narcisismo de vida, Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

GURFINKEL, A. C. Depressividade e manejo clínico no tratamento das problemáticas alimentares. In: GONZAGA, A. N.; WEINBERG, C. (org.) *Psicanálise dos transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

HOLCBERG, A. S. Da desmesura à restrição. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (org.) *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002.

JEAMMET, P. A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URIBARRI, R. (org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999.

_____. As condutas bulímicas como modalidade de acomodação das desregulações narcisistas e objetais. In: URIBARRI, R. (org.) *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999.

LACAN, J. (1956-57). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. (1957-58). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LAPLANCHE, J. *Novos fundamentos para a psicanálise*. 2. ed. Paris: PUF, 1987.

LIPPE, D. Transtornos das condutas alimentares e ideal. In: URIBARRI, R. (org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 2008.

MAGTAZ, A. C. "Distúrbios da oralidade na melancolia". Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. PUC de São Paulo, 2008.

MC'DOUGALL, J. (1986). Um corpo para dois. In: MC'DOUGALL, J. et al. *Corpo e história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NASIO, J. D. *Como trabalha um psicanalista?* Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. *Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

ROSENBERG, B. *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta, 2003.

SCAZUFCA, A. C. M.; BERLINCK, M. T. Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. In: CARDOSO, M. R. (org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004.

TOROK, M. (1968). Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, N.; TOROK, M., *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.